A SSOCIATION
M EDICALE DE
P ERFECTIONNEMENT EN
A PPAREILLAGE DE
N ANCY

Agrément formation n°41.54.01934.54
N° siret 392813507 – Code APE 9218
Association loi 1901

ASSOCIATION
FRANCAISE POUR L'
APPAREILLAGE

Agrément formation n°1175296575

LPPR 20.01.2010

LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES

PRÉVUE À L'ARTICLE L 165 – 1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

www.AFA-AMPAN.fr

Chapitre 1. - Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques.

Section 1. - Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques (Page 136)

Section 2. - Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile (Page 171)

Section 3. - Dispositifs médicaux pour autotraitement, autocontrôle et automesure (Page 183)

Section 4. - Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital (Page 194)

Section 5. - Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration (Page 206)

Section 6. - Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur (Page 226)

Section 7. - Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers (Page 232)

Liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale

Titre I. - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements

Généralités

Spécifications techniques de la fourniture des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

Les spécifications techniques auxquelles doivent satisfaire les produits sont celles décrites ci-dessous ou des spécifications techniques assurant un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité au moins équivalent.

1) Conditions de fonctionnement et de maintenance demandées aux fournisseurs de matériels susceptibles d'être livrés pour traitement à domicile:

1. Le fournisseur a l'obligation d'informer le malade des choix possibles quant au matériel prescrit ; il met à sa disposition un catalogue des produits pris en charge, détaillant les

caractéristiques techniques, le tarif de location, éventuellement le prix de vente ainsi que le tarif de remboursement de chacun d'eux.

2. Le fournisseur est tenu d'initier le malade ou son entourage au fonctionnement du matériel loué ou vendu.
Il vérifie si nécessaire au domicile du patient que l'utilisation qui en est faite est conforme à l'usage prescrit. Il remet à l'assuré une notice comportant le mode d'emploi, l'adresse et le numéro de téléphone pour appeler en cas de fonctionnement défectueux.

3. En cas de mauvais fonctionnement ou de panne du matériel loué, le fournisseur assure, sans nouvelle facturation, la réparation ou le remplacement du produit fourni dans les délais maximaux suivants :
- vingt-quatre heures pour le matériel d'oxygénothérapie, les compresseurs de matelas d'aide à la prévention des escarres, les aspirateurs, les appareils d'assistance respiratoire, les appareils pour traitement des mucoviscidoses et les affections respiratoires ;
- deux jours ouvrables ou trois jours francs pour les autres produits.

4. Toutes les parties des articles qui ne sont pas en contact direct avec le malade sont soigneusement nettoyées et désinfectées. Toutes les parties en contact direct avec le patient sont obligatoirement stérilisées, sauf si elles sont constituées d'un matériel consommable renouvelé lors de chaque utilisation (notamment sonde d'aspiration, matelas d'aide à la prévention des escarres, petit matériel pour aérosols et tire-lait).

5. Le conditionnement des articles est assuré de façon à permettre leur transport sans altération des qualités précédemment énoncées.

6. Les professionnels en exercice sont tenus, dans l'année qui suit la parution d'un arrêté relatif aux conditions de fonctionnement et de maintenance, de s'y conformer.

2) Caractéristiques techniques auxquelles doivent répondre les articles ci-dessous

(se reporter aux trois chapitres présentés ci après)

Facturation des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

La facturation des prix des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements doit être conforme à la réglementation des prix, en vigueur.

Conditions de prise en charge des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

* Lorsqu'un traitement laisse prévoir une utilisation de longue durée, la formule achat sera préférée si elle s'avère plus économique.

Les tarifs de location sont calculés à la semaine, sauf cas expressément prévus dans la nomenclature.

* Certains appareils peuvent être livrés à domicile.

La prise en charge de la livraison à domicile n'est assurée que pour les matériels dont la livraison est prévue dans la nomenclature.

Elle est assurée par application d'un forfait unique de livraison à domicile qui porte obligation de transport, mise en place, instructions d'utilisation et reprise du matériel au domicile du patient. Le forfait couvre également les frais de constitution de dossier, et la désinfection du matériel loué pour assurer une garantie d'hygiène maximale (art. 4 de l'arrêté du 31-08-1989, JO du 24-09-1989).

La livraison de plusieurs articles chez le même utilisateur donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

* Pour les appareils non livrés à domicile, le tarif comprend les frais de désinfection.

* L'appareil loué restant la propriété du fournisseur, celui-ci prend à sa charge la surveillance, la maintenance et les réparations qui s'imposent, pendant toute la durée de la location. Il garantit le remplacement de l'appareil défaillant dans les délais prévus à l'article 3 de l'arrêté du 31-08-1989 (JO du 24-09-1989) sans supplément de frais, quels qu'ils soient, par un appareil ayant les mêmes capacités thérapeutiques, l'appareil ayant été utilisé dans des conditions normales. Tous les déplacements restent à sa charge.

* Le fournisseur a l'obligation d'informer le malade des choix possibles quant au matériel prescrit et d'initier le malade ou son entourage au fonctionnement du matériel loué ou vendu, conformément aux articles ler et 2 de l'arrêté du 31-08-1989 (JO du 24-09-1989).

Chapitre 1. - Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques.

Spécifications techniques

Section 1. - Débitmètre de pointe.

Le débitmètre de pointe permet la surveillance par le malade de sa fonction respiratoire afin d'adapter son traitement.

Il est facilement démontable afin de permettre une désinfection correcte.

Il se présente en deux modèles différents :

- un modèle destiné à l'enfant et dont la plage de mesure doit couvrir les débits de 60 à 275 l/min (et inférieurs à 400 l/min) ;

- un modèle destiné à l'adulte et dont la plage de mesure doit couvrir les débits de 100 à 700 l/min (et inférieurs à 850 l/min).

Les débitmètres de pointe doivent être conformes à la norme NF EN 13826 relative aux spiromètres permettant la mesure du débit de pointe expiratoire.

Garantie

L'appareil est garanti deux ans par le fabricant dans les conditions normales d'utilisation à compter de la date de facturation.

Informations devant être décrites dans la notice

Des explications claires (avec illustrations) avec des termes simples et compréhensibles par un large public de la réalisation du geste.

Procédure de nettoyage recommandée (manuelle, lave-vaisselle...).

Une déclaration, le cas échéant, stipulant que la performance du débitmètre de pointe peut être affectée par le crachement ou la toux du patient lorsqu'il expire dans le dispositif ou par des conditions extrêmes de température, d'humidité ou d'altitude. Les limites de température ambiante devront être indiquées.

Une feuille pour noter les résultats et le suivi devra être proposée.

Sachant qu'il n'y a pas de possibilité de faire des calibrations régulières d'un débitmètre de pointe, des explications sur a l'entretien de l'appareil et b des méthodes pour reconnaître un dysfonctionnement doivent être fournies.

Des recommandations sur les décisions à prendre en fonction du résultat obtenu, à titre d'exemple :

Une feuille de surveillance ou un carnet de suivi avec le système de zones de couleurs permettant au patient de situer lui-même les valeurs de PEF obtenues et d'adopter une attitude thérapeutique définie préalablement avec le médecin.

80 à 100 % du PEF théorique ou estimé optimal.	Fonctions respiratoires normales ou bien corrigées.
60 à 80 % du PEF théorique ou estimé optimal.	Nécessité d'une consultation médicale pour l'instauration ou ajustement thérapeutique.
< 60 % du PEF théorique ou estimé optimal ou < 150 l/min.	Appel immédiat au médecin et mise en place d'un traitement de la crise.

Section 2. - Appareillage pour maladies chroniques nécessitant des perfusions continues à domicile.

Il comprend:

a) Les appareils permettant la diffusion des médicaments :
Ce sont :
- le système actif pour perfusion à domicile;
- le diffuseur portable non réutilisable ;
- le perfuseur de précision volumétrique non réutilisable comprenant un réservoir gradué, semi-rigide, de 100 à 150 ml, une tubulure d'entrée et une tubulure de sortie avec système de clampage.

Pompes à insuline externe, portable et programmable :

Les pompes à insuline doivent répondre aux spécifications techniques suivantes :

Programmation :
- la programmation de la pompe doit être modifiable à tout instant par le patient ;
- la pompe doit être munie d'un système permettant la perfusion sans risque de surdosage avec arrêt automatique ;

- les conditions d'utilisation doivent être précisées dans la notice d'utilisation de la pompe ;
- la pompe doit assurer plusieurs débits de base programmables à la demande et à l'avance (au moins 24 heures). La pompe doit comprendre une horloge permettant la programmation ;

- la quantité délivrable lors du bolus est programmable seulement à la demande ;
- débit de base et bolus (définis pour des concentrations d'insuline de 100 UI/ml) : la pompe doit pouvoir assurer a minima un débit de base allant de 0 à 9,9 UI/ heure et un bolus allant de 0,1 à 25 UI ;
- incréments : chez l'adulte, le débit de base doit avoir comme incrément maximum 0,1 UI/heure et le bolus 0,5 UI/heure. Lors d'une utilisation pédiatrique, il est possible que ces valeurs maximales d'incréments de débit de base et de bolus soient inférieures.

Alarmes :
La mise en alarme de la pompe doit se faire, a minima, dans chacune des trois situations suivantes :
- réservoir vide ;
- piles épuisées ;
- occlusion du cathéter (alarme d'hyperpression).
Aucune de ces trois alarmes ne doit être déconnectable.

La mise en alarme de la pompe doit conduire à des messages spécifiques, clairement identifiables, et se manifester par des messages sonores et visuels (option vibratoire possible).

La pompe est conçue pour éviter les risques de déclenchements intempestifs.

Amorçage/purge : la pompe doit être munie d'un système d'amorçage. L'amorçage du circuit de distribution s'utilise avant le branchement de la pompe au patient. La notice doit indiquer clairement les modalités et le rôle de ce système d'amorçage.

Protection aux éclaboussures (norme IPX7, a minima).

Résistance aux chocs et à la température.

Garantie : la pompe est garantie quatre ans.

Les modalités de nettoyage, décontamination et révision technique de la pompe doivent être précisées.

b) Les accessoires à usage unique :
Ils sont fournis :
- soit à l'unité, sous emballage individuel stérile;
- soit sous forme de set, comportant sur son conditionnement le numéro de stérilisation.

Ce sont :

- les accessoires spécifiques et de remplissage du système actif pour perfusion à domicile, comprenant notamment seringue ou réservoir adaptés, tubulure, seringue et aiguille, compresses, bouchon Luer lock, champs, calot, gants, masques.

- les accessoires de remplissage du perfuseur de précision. Ils comprennent notamment seringue et aiguille, compresses, bouchon Luer lock, champs, calot, gants, masques.

- les accessoires pour pose de la perfusion, ils sont de deux types:

* les accessoires de pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de chambre à cathéter implantable comprenant notamment : aiguille épicrânienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer lock, compresse, pansements, calot, gants, champs.

* en cas de chambre à cathéter implantable et de cathéter central tunnelisé, les accessoires de pose de la perfusion et celui d'héparinisation de la chambre.

c) Les accessoires et consommables pour pompes à insuline :

- sont définis comme consommables les dispositifs suivants : réservoirs vides à remplir, cathéters, adaptateurs à usage unique, aiguilles de remplissage, joints, le cas échéant, et piles recommandées par le fabricant ;

- sont définis comme accessoires les dispositifs suivants (les besoins annuels sont précisés entre parenthèse) : tige filetée (le cas échéant 2/an), harnais pour les enfants (1/an), pochette ou étui de protection standard (1/an), clips pour ceinture (1/an), adaptateur réutilisable (12/an), dispositif d'insertion automatique du cathéter (le cas échéant maximum 5/an), récupérateur de consommable médical à usage unique d'un volume de environ 1,5 litre (4/an), boîtier porte-pile. Une télécommande peut être délivrée en option.

Section 3. - Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie.

Les résultats fournis par les appareils pour lecture automatique chiffrée de la glycémie sont répétables, reproductibles et en corrélation avec une technique de comparaison sur automate de laboratoire, selon le protocole suivant :

Les industriels fournissent au préalable aux évaluateurs les informations suivantes :
*Les valeurs susceptibles d'être trouvées chez les sujets normaux (valeurs usuelles).
*Le domaine de mesure (zone de linéarité).
*Les types d'échantillons qui peuvent être analysés.
*Les anticoagulants à proscrire.
*Les interférences possibles (triglycérides, bilirubine, médicaments, ou autres).
*La nature des résultats rendus : résultats bruts, ou corrigés (c'est à dire : s'il existe un facteur correctif permettant de modifier les résultats afin d'obtenir des valeurs comparables à ce qui aurait pu être obtenu si la mesure avait été effectuée sur du plasma).
*Les solutions de contrôle proposées, dont les concentrations limites doivent être précisées.
*Le programme de contrôle de qualité préconisé.
*Les procédures de décontamination.

Pour un même lecteur, les essais portent sur deux appareils (A) issus de deux lots différents avec deux lots différents de réactifs ® (A1R1, A1R2, A2R2). Chaque lecteur est évalué sur deux sites différents (cependant les lots de bandelettes et de lecteurs sont identiques sur les deux sites), il y a donc 4 séries de mesures par dispositif d'auto-surveillance de la glycémie et par site.

Les sites évaluateurs sont choisis sur une liste de laboratoires indépendants et compétents par l'organisme chargé du contrôle.

Ces essais portent sur chaque type de lecteur proposé par les fournisseurs même s'ils utilisent un même réactif (seules les strictes variations de couleur de l'appareil sont acceptées).

Dans le cas particulier de modifications des capacités de mémorisation, une évaluation simplifiée peut être envisagée, sous réserve d'une étude préalable de la documentation fournie par l'industriel.

Si un même lecteur existe pour des expressions de résultats avec des unités différentes, les essais sont effectués sur le lecteur programmé en mmol/1. Deux lecteurs programmés selon l'autre système d'unité sont fournis ; à l'occasion des essais 10 mesures (de façon aléatoire) sont effectuées sur chacun d'entre-eux pour s'assurer de la bonne programmation des unités (soit 20 déterminations). Si la programmation des unités se fait au niveau du lecteur lui-même, il faudra s'assurer de la valeur de conversion utilisée.

Tous les résultats sont exprimés en mmol/1.

Les essais commencent après une période de familiarisation avec le lecteur de glycémie pendant cette période les éventuelles difficultés sont notées (problème de dépôt de l'échantillon, programmation des unités, mise en place du système réactif,...). Les notices font l'objet d'une attention particulière, et font si nécessaire l'objet d'un relevé de remarques. Elles sont respectées par les évaluateurs.

Ces essais préliminaires, portant sur la comparaison avec la technique du laboratoire, sont collectés, mais ne sont pas repris dans les calculs définitifs ; ils utilisent des échantillons de patients (6 patients : 2 bas B, 2 normaux M, 2 élevés E) selon les critères suivants :

Niveau	Bas	Moyen	Élevé
	2,5 mmol/1 ± 0,55 mmol/1	6,7 mmol/1 ± 20%	18 mmol/1 ± 20

Les essais ne peuvent commencer que si les valeurs sont comprises entre VC (Valeur Cible) ± 40 %.

Les essais sont effectués dans des locaux à température contrôlée entre 20 et 25 °C.

Répétabilité

Sur les solutions de contrôle mises à disposition par l'industriel (3 taux exigés, bas-moyen-élevé, il est souhaitable que les concentrations soient proches de celles précédemment citées), 10 déterminations sont effectuées pour chaque taux.

Reproductibilité

Sur les 3 solutions de contrôle proposées par le fournisseur (identiques à celles fournies pour la répétabilité), 15 déterminations (une par jour sur les # 3 semaines consécutives prévues pour la durée d'un essai) sont réalisées.

Pendant cette période les différents contrôles de qualité de la technique de comparaison sont relevés.

Corrélation (étude des différences) avec la méthode de comparaison

- L'échantillon choisi est le sang veineux total, recueilli sur tube hépariné sans séparateur. La différence de nature des échantillons testés (sang total hépariné à la place du sang capillaire) est justifiée par la littérature. Par ailleurs, il n'a pas pu être prouvé que la pression partielle de l'oxygène au niveau de la goutte de sang capillaire au bout du doigt différait significativement de celle du sang veineux hépariné du fait de la tonométrie immédiate de la goutte de sang avec l'oxygène de l'air ambiant. Pour s'assurer de la stabilité de ces conditions, des recommandations d'homogénéisation sont indiquées.

- L'étude est réalisée sur les excédents de prélèvements de 50 patients. Après avoir déterminé la glycémie de ces échantillons, les valeurs recherchées sont sélectionnées après s'être

assuré visuellement que l'hématocrite est normal et de l'absence d'hémolyse.

Au moment de l'essai les échantillons sont ré-homogénéisés par agitation tube par tube par retournements successifs pendant 2 minutes,

*puis séparés en deux aliquots sur tube sec ; un de ces aliquots permettra les essais sur chaque lecteur (2) avec chaque lot de réactifs (2), simultanément l'autre aliquot est recentrifugé et réanalysé au même moment que les essais sur les lecteurs.

*si les analyses sur les lecteurs peuvent être effectuées dans un délai bref (inférieur à 10 minutes), cet aliquotage n'est pas nécessaire, la centrifugation devant être effectuée immédiatement à la fin du passage sur le dernier couple appareil/réactif.

Cependant, selon la méthode retenue, il faut toujours procéder de la même façon.

Pour toute différence supérieure à 30 %, il faut noter les médicaments éventuellement pris (notamment les bêtabloquants, les anti HTA, ...) , ainsi qu'une mesure de l'hématocrite.

- Les industriels peuvent proposer par écrit les aménagements ponctuels qui leur semblent souhaitables dans le protocole de l'étude de corrélation, compte-tenu des particularités de leur dispositif.

Il est à signaler qu'en cas de nécessité absolue de sang capillaire, il convient de soumettre le protocole à l'avis d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale. De ce fait, le temps et le coût nécessaire à la réalisation du protocole sont difficilement maîtrisables, et devront être acceptés par l'industriel.

- Le délai maximal entre le moment du prélèvement et celui de l'essai sur les lecteurs est de 4 h.

- Le délai maximal entre la ré-homogénéisation des tubes sélectionnés et leur analyse sur les lecteurs et l'automate est de 30 minutes.

- Le dépôt d'une goutte de sang sur les bandelettes est fait à l'aide d'une pipette non calibrée, afin de s'approcher le plus possible des conditions habituelles de dépôt d'une goutte de sang par le patient. Il faudra s'assurer que le volume déposé reste dans la gamme de ce qui est préconisé par l'industriel.

- La répartition des échantillons (sujets dont l'hématocrite est compris entre 35 et 50 %) est la suivante

% des échantillons	Nombre d'échantillons	Concentration en Glucose (mmol/1)
10	5	< 2,8
15	7 ou 8	2,9-5,5
30	14 à 16	5,6-11,1
30	14 à 16	11,2-16,7
15	7 ou 8 *	> 16, 7

* prévoir au moins 3 échantillons >25 mmol/1 (lorsque le domaine de mesure du lecteur le permet).

En cas de difficulté à obtenir des échantillons :

- dans la zone des hypoglycémies, des tubes présentant une glycémie normale seront sélectionnés et laissés 24 h, au maximum, à température ambiante

afin de parvenir aux glycémies recherchées,

- dans la zone des hyperglycémies, des tubes seront surchargés avec une quantité appropriée de glucose, homogénéisés 3 fois de suite pendant 2 minutes, avec un repos de 5 minutes entre chaque homogénéisation. Les échantillons obtenus artificiellement seront documentés.

Traitement des résultats : les résultats sont saisis sur un tableau Excel PC préétabli.

Étude statistique : celle-ci est centralisée par l'organisme chargé du contrôle.

La difficulté majeure réside dans le fait que les milieux de dosages sont différents (plasma/sang total) et les tolérances variables en fonction des taux.

L'ALFEDIAM préconise un objectif d'exactitude < 10% après correction, la glycémie capillaire sur sang total est inférieur de # 15% pour une hématocrite normal à la valeur de la glycémie mesurée sur plasma. Par ailleurs, cette même association recommande trois niveaux de contrôle <5,55, 5,55-11,1, >11,1 mmol/l. Le seuil statistique d'interprétation est de 5%.

Les limites acceptables retenues par le groupe de travail de l'ISO sont : 95 % des résultats doivent être compris entre VC $\pm$ 20% pour les concentrations (valeur de référence) supérieures ou égales à 5,55 mmol/1 et VC $\pm$ 1,11 mmol/1 pour les valeurs inférieures à 5,55 mmol/1.

Pour mémoire, tableau d'interprétation de VALTEC (protocole de validation technique de la Société Française de Biologie Clinique, 4) :

Niveau	Bas 2 mmol/1 $\pm$ 10%	Moyen 6 mmol/1 $\pm$ 10 %	Élevé 16 mmol/1 $\pm$ 10%
Répétabilité	2,4 %	1,8 %	1,2
Reproductibilité	3,2 %	2,4 %	1,6
Justesse	5,1 %	4,4 %	3,7
Inexactitude	6,0 %	5,0 %	4,0
Normes de suivi	0,3 mmol/1	0,6 mmol/1	1,1 mmol/1
Normes d'interprétation	0,2 mmol/1	0,5 mmol/1	1,0 mmol/1

Les normes retenues seront :

• Pour la répétabilité : CV %< 7,5 %, sauf pour les concentrations inférieures à 5,55 mmol/1 pour lesquelles l'écart-type sera inférieur à 0,42.

• Pour la reproductibilité : CV % < 10%, sauf pour les concentrations inférieures à 5,55 mmol/1 pour lesquelles l'écart-type sera inférieur à 0,55.

• Pour la comparaison avec la technique du laboratoire, 3 types d'exploitations sont effectuées :
- les résultats bruts,
- après correction en utilisant la différence des moyennes,
- après correction à partir de la régression linéaire qui permettra d'ajuster les résultats à l'aide de la pente et de l'ordonnée à l'origine obtenue.

Seul, le cas le plus favorable est retenue, et les graphiques peuvent être faits à partir de ce cas.

Un graphique des différences est établi ; les résultats des lecteurs Y et les résultats de la technique de comparaison X permettent le calcul des moyennes mx et my, la différence my - mx sera calculée. Le graphique des différences sera établi en mettant en ordonnée Y -X et en abscisse X. En ordonnée les limites acceptables seront situées de part et d'autre du point correspondant à la différence my - mx de telle sorte que les erreurs de justesses soient limitées à l'extrême.

Pour les concentrations < 5,55 mmol/1 les limites acceptables sont $\pm$ 1,11 mmol/1 et pour les concentrations > ou = 5,55 mmol/1, elles sont $\pm$ 20 %. Le seuil d'interprétation est à 5 %.

Ainsi pour une même série de résultats, il ne devra pas y avoir plus de 3 points au delà de ces limites. Cependant, un calcul sera aussi effectué sur l'ensemble des 4 séries de résultats (200 valeurs) et il ne devra pas y avoir plus de 12 points pour l'ensemble des 200 mesures ($\pm$ 20 % ou $\pm$ 1,11 mmol/1 selon la concentration).

Ces scores sont évalués pour chacun des sites. Si les résultats ne sont pas discordants d'un site à l'autre, la somme des 2 sites est effectuée. En cas de discordance, un troisième site est sollicité par l'organisme chargé du contrôle.

En réalité, la reproductibilité moyenne de la technique de comparaison est utilisée pour pondérer ces limites: au lieu de 10 % et des valeurs dérivées pour les concentrations inférieures à 5,55 mmol/1, l'incertitude utilisée est la racine carrée de la somme des carrés du CV % limite pour les lecteurs (10 %) et du CV % moyen limite de la reproductibilité des automates (2,4 %), soit 10,3 % .

Au total, l'industriel doit prévoir 500 bandelettes réactives par lot et par site (il faut penser au cas particulier des lecteurs avec système d'unité non programmable) et 2 appareils de 2 lots différents. L'industriel doit s'assurer de disposer d'une quantité supplémentaire suffisante de bandelettes pour chaque lot.

La date de péremption des solutions de contrôle et des réactifs doit être largement postérieure à la date du début de l'évaluation (la durée maximale des essais est inférieur à 2 mois à partir de la date de mise à disposition du matériel, cette date étant choisie en collaboration entre le fournisseur et l'évaluateur).

Section 4.

Appareillage pour incontinence urinaire masculine.

Il est composé :

- d'un étui pénien extensible en latex pouvant être relié à un raccord mâle pour tubulure de poche, de jambe ou de lit,

- d'un joint inerte adhésif sur ses deux faces, élastique (allongement minimal 200%), destiné à maintenir l'étui pénien et à assurer l'étanchéité du système.

Appareils pour incontinents urinaires et/ou stomisés urinaires ou digestifs.

Les poches de recueil pour stomisés digestifs et urinaires répondent aux caractéristiques définies dans la norme NF S90-631. Le matériau utilisé est non bruyant.

La surface de l'adhésif et/ou la gomme est suffisante pour assurer une bonne adhérence à la peau. La gomme ou joint offre les garanties d'innocuité cutanée. Son rôle est d'assurer la protection de la peau et l'étanchéité du système.

Le filtre nécessaire, pour les stomisés digestifs, à l'évacuation et à la désodorisation des gaz intestinaux peut être solidaire ou non de la poche selon le cas.

Électrostimulateur neuromusculaire pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.

Caractéristiques techniques de l 'électrostimulateur :

Il répond aux caractéristiques définies dans la norme NF C 74-313. L'appareil comporte un témoin visuel ou sonore permanent ou sur interrogation indiquant si la tension de la source d'énergie est suffisante.

Un certificat de conformité à ces spécificités techniques est délivré par un laboratoire compétent et indépendant. À cette fin les industriels lui soumettent un échantillonnage de leur produit pour faire effectuer à leur charge, les essais techniques.

Section 5.

Sans objet.

Section 6.

Appareils pour rééducation à domicile par poulie-thérapie.

Pour membres inférieurs ou pour membres supérieurs comprenant:

- un tube central télescopique mis en extension à l'aide d'un vérin, entre le plancher et le plafond de la pièce où le malade est traité. Ce tube est muni de plaques de protection à chacune de ses extrémités, assurant la stabilité et la robustesse;

- des flèches poulies, des épaulières, des gouttières d'appui et de blocage s'adaptant au tube central à l'aide de raccords constitués de deux parties. Gouttières et épaulières sont munies de coussins d'appui. Tous ces accessoires sont interchangeables;

- des coussins de traction main, ou de traction cheville, de suspension bras ou de suspension cuisse;

- des circuits de poulies avec des tendeurs et mousquetons, des charges, des repères indiquant le poids désiré.

Tous ces accessoires constituent un ensemble pour membres supérieurs ou pour membres inférieurs.

Matériaux destinés à la réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate.

Les matériaux classés ci-après permettent l'acte thérapeutique d'appareillage ne nécessitant pas de prise d'empreinte intermédiaire.

Ils doivent être compatibles avec un contact cutané prolongé.

La notice d'utilisation doit donner toutes indications sur les risques physiques et chimiques liés à leur emploi.

Classification :

1. Matériaux hydrodurcissables.
1.1 À base minérale.
1.2 À base organique.

2. Matériaux malléables.
2.1 En solvant minéral.
2.2 En solvant organique.

3. Matériaux thermoformables à basse température (moulés directement sur les téguments).
3.1 État caoutchouteux transitoire, ou état viscoélastique transitoire.

4. Résines liquides ou pâteuses polymérisables à température ambiante.
4.1 Par adjonction d'un catalyseur ou d'un durcisseur.
4.2 Par rayonnement.

Nomenclature et tarifs

Le prix de vente doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Section 1. - Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires et oto-rhino-laryngologiques.

Sous-section 1 : Appareils générateurs d'aérosols

La prise en charge de ces produits est subordonnée à l'apposition sur leur conditionnement d'une étiquette détachable autocollante à appliquer sur le volet de facturation adressé aux organismes de prise en charge et comportant les mentions suivantes :
- le nom du produit,
- le nom du fabricant,
- le nom du distributeur,
- la désignation générique du produit,

- le numéro de code complet (chiffres et lettres) de la nomenclature,
- le tarif de responsabilité,
- s'il y a lieu, le prix de vente maximal public conseillé.

Le distributeur final mentionne le prix de vente public (TTC).

Cette disposition ne s'applique pas aux dispositifs médicaux et aux fournitures livrés à la location.

Les appareils générateurs d'aérosols et nébuliseurs, intégrés ou non, forment un couple compatible et ayant prouvé son efficacité sur le plan de la granulométrie des particules diffusées.

La prise en charge est assurée pour les générateurs et les couples figurant dans la liste suivante :

Liste de prise en charge pour les générateurs et les couples

Couples générateurs d'aérosol et nébuliseurs

Sans conditions particulières de prise en charge

NÉBULISEUR		GÉNÉRATEUR		Date de fin de prise en charge
Marque	Référence	Marque	Référence	
Pari	1260 LL	Pari	3700	**01-10-2004**
Pari	2281 LC+	Pari	3700	**01-10-2004**
Pari	2260 LC	Pari	3700	**01-10-2004**
Pari	22 G 80 LC	Pari	84 G 03	**01-10-2004**
Pari	12 G 62 LL	Pari	84 G 03	**01-10-2004**
Pari	22 G 86	Pari	57 G 0310	**01-10-2004**
Pari	22 G 70	Pari	38 G 0020	**01-10-2004**

Pari	22 G 80 LC+	Pari	38 G 00	**01-10-2004**
Pari	12 G 62 LL	Pari	38 G 00	**01-10-2004**
Pari	22 G 85 LC	Pari	45 G 1130	**01-10-2004**
Pari	22 G 8700	Pari	38 G 00	**01-10-2004**
Pari	22 G 8700	Pari	38 G 0020	**01-10-2004**
Pari	22 G 8700	Pari	34 G 03	**01-10-2004**
Pari	LCD 022 G 5715 LCD 022 G 8725 LCD 022 G 8735	Pari	Boy 038 G 0077	**01-10-2004**
Medel Elettromedicali	AV. 16	Medel Elettromedicali	Vivisonic	**01-10-2004**
Int'Air Médical	Nebu 200 (RN 200 S)	Int'Air Médical	CS 24	**01-10-2004**
Int'Air Médical	RN 300 (RN 300 S)	Int'Air Médical	CS 23	**01-10-2004**
Int'Air Médical	CR 01	Int'Air Médical	CS 20	**01-10-2004**
Int'Air Médical	CRE 01	Int'Air Médical	CS 23	**01-10-2004**
Rhône Poulenc Santé	5002F	Rhône Poulenc Santé	Fisoneb	**01-10-2004**
Pierre Médical	RN 300	Pierre Médical	ARP 1+	**01-10-2004**
Pierre Médical	Universal II	Pierre Médical	Universal II	**01-10-2004**
Pierre Médical	ARP 7 RM	Pierre Médical	ARP 7 RM	**01-10-2004**
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	Econoneb	**01-10-2004**

Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	Turboneb	01-10-2004
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	AC 2000 HI FLO	01-10-2004
Marquest	AII	Medix-Clement Clarke	World Traveller	01-10-2004
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	Econoneb	01-10-2004
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	Turboneb	01-10-2004
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	AC 2000 HI FLO	01-10-2004
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	World Traveller	01-10-2004
Lifecare	Microneb III	Medix-Clement Clarke	M FLO	01-10-2004
Lifecare	Microneb III	Lifecare	Opti-Neb	01-10-2004
Devilbis	HU 1885	Devilbis	Pulmo-Aide 5650 F	01-10-2004
Devilbis	HU 1734	Devilbis	Pulmo-Aide 5650 F	01-10-2004
Devilbis	4650 D 620 (micromist Hudson)	Devilbis	Sunmist + 4750 F	01-10-2004
Intersurgical	Cirrus	Devilbis	Sunmist + 4750 F	01-10-2004
Devilbis	Pulmoneb 5650 D	Devilbis	Sunmist + 4750 F	01-10-2004
Syst'AM	2301	Syst'AM	DP 100	01-10-2004
Syst' AM	2901	Syst' AM	DP 100	01-10-2004
Syst'AM	2301	Syst'AM	DP 10 LS	01-10-2004

Syst' AM	2901	Syst' AM	DP 10 LS	01-10-2004
Syst'AM	2301	Syst'AM	SC-SC Basic	01-10-2004
Syst'AM	2901	Syst'AM	SC-SC Basic	01-10-2004
Syst'AM	CPS	Syst'AM	ST	01-10-2004
Syst'AM	2301	Syst'AM	LS 230 - LS 260 - LS 290	01-10-2004
Syst'AM	2601	Syst'AM	LS 260	01-10-2004
Syst'AM	2901	Syst'AM	LS 290	01-10-2004
Syst'AM	CPS	Syst'AM	ST 23, ST 24, ST 26	01-10-2004
Syst'AM	CPSV	Syst'AM	ST, ST 23, ST 24, ST 26	01-10-2004
Syst'AM	CPS 23	Syst'AM	ST, ST 23, ST 24, ST 26	01-10-2004
Syst'AM	CPS 24	Syst'AM	ST 24	01-10-2004
Syst'AM	CPS 26	Syst'AM	ST 26	01-10-2004
Syst'AM	2301	Syst'AM	LS 240	01-10-2004
Syst'AM	2401	Syst'AM	LS 240	01-10-2004
Syst'AM	2901	Syst'AM	LS 240	01-10-2004
Atomisor	NL 5	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004
Atomisor	NL 5	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	NL 5	Atomisor	Malette AML	01-10-2004
Atomisor	NL 5	Atomisor	Box ABOX	01-10-2004

Atomisor	NL 7	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004
Atomisor	NL 7	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	NL 7	Atomisor	Malette AML	01-10-2004
Atomisor	NL 7	Atomisor	Box ABOX	01-10-2004
Atomisor	NL 7 H	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Malette AML	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert	Atomisor	Box ABOX	01-10-2004
Atomisor	NL 5 F	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	MS 1	Atomisor	Manosonique AMSA	01-10-2004
Atomisor	NL 9	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004
Atomisor	NL 9	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	NL 9	Atomisor	Malette AML	01-10-2004
Atomisor	NL 9	Atomisor	Box ABOX	01-10-2004
Atomisor	NL 11	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004
Atomisor	NL 11	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004

Atomisor	NL 11	Atomisor	Malette AML	01-10-2004
Atomisor	NL 11	Atomisor	Box ABOX	01-10-2004
Atomisor	NL 9 M	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	NL 7 D	Atomisor	Aérodoseur AD	01-10-2004
Atomisor	NL 11 D	Atomisor	Aérodoseur AD	01-10-2004
Atomisor	NLS 2	Atomisor	Synchrone ASYN	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	Vanity ALORL	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	Box AOBOX	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert Sonique	Atomisor	Vanity ALORL	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Vert Sonique	Atomisor	Box AOBOX	01-10-2004
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	01-10-2004
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Vamty ALORL	01-10-2004
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	Box AOBOX	01-10-2004
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	01-10-2004
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Vanity ALORL	01-10-2004
Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	Box AOBOX	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Praticien APLH	01-10-2004

Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Vanity AL	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Box ABOX	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	Malette AMIL	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Praticien AOLH	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Vanity ALORL	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	Box AOBOX	01-10-2004
Atomisor	NL 7	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 9	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 9M	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 7H	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 5F	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 5	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 11	Atomisor	DJINN ADJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 7 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	01-10-2004
Atomisor	NLU Vert Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	01-10-2004
Atomisor	NL 9 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	01-10-2004

Atomisor	NL 11 Sonique	Atomisor	DJINN AODJINN	01-10-2004
Karapharm	Nébuliseur, type 2	Karapharm	Record Progress	01-10-2004
Kendall	Respijet 17200	Kendall	Respijet 17000	01-10-2004
Kendall	Respijet Junior 17305	Kendall	Respijet 17000	01-10-2004
Kendall	Aérodyne Omega	Kendall	Aérodyne Omega	01-10-2004
Kendall	18601	Kendall	18601	01-10-2004
Intersurgical	Cirrus	FSA Médical	FMS 1	01-10-2004
Intersurgical	Micro Cirrus	System' S	FMS 1	01-10-2004
Orkyn'	Type 3	Orkyn'	Nebair	01-10-2004
Medic Aid	Sidestream	Medic Aid	Portaneb 50	01-10-2004
Medic Aid	Venstream	Medic Aid	Portaneb 50	01-10-2004
Medic Aid	Sidestream	Fiopharma	Med 2000	01-10-2004
Artsana	Sidestream	Artsana	Mirajet	01-10-2004
Artsana	Sidestream	Artsana	Maxaer	01-10-2004
Invacare Corporation	Sidestream	Invacare Corporation	Envoy	01-10-2004
Omron	Omron CX 2	Omron	Omron CX 2 NE-C 08-EN 2	01-10-2004
Lifecare	Micro-Neb III	Omron	Omron CX 2 NE-C 08-EN 2	01-10-2004
Omron	Omron CX	Omron	Omron CX NE-C 08-EN	01-10-2004

Medicalia	Professional	Medicalia	Silencio	**01-10-2004**
Medicalia	Professional	Medicalia	Professional	**01-10-2004**
Medicalia	Ultramed	Medicalia	Ultramed	**01-10-2004**

Avec conditions particulières de prise en charge

Arrêté du 21-11-2003 (JO du 04-12-2003), arrêté du 10-09-2004 (JO du 30-09-2004)

La prise en charge est assurée :
- pour le traitement de la mucoviscidose ;
- pour le traitement des affections respiratoires ;
- et dans le cadre des forfaits 101C03.11, 101C03.121, 101C03.122, 101C03.13, 101C03.14, 101C03.211, 101C03.212, 101C03.221, 101C03.222, 101C03.23, 101C03.24, 101C03.25, 101C05.11, 101C05.121, 101C05.122, 101C05.13, 101C05.14, 101C05.21, 101C05.221, 101C05.222, 101C05.311, 101C05.312, 101C05.321, 101C05.322, 101C05.33 et 101C01.2.

pour les couples suivants :

NÉBULISEUR		GÉNÉRATEUR		Date de fin de prise en charge
Marque	Référence	Marque	Référence	
Pari	LC PLUS	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	LC STAR	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	LC PLUS JUNIOR	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	LL	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	LCD	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	LC MONOPATIENT	Pari	85G00	**01-12-2008**
Pari	BABY	Pari	85G00	**01-12-2008**

Pari	LC PLUS	Pari	UNI LIGHTD MOBIL Compresseur autonome	**15-10-2006**
Pari	LC SPRINT	Pari	Turbo BOY 85G00	**01-10-2011**
Pari	LC SPRINT Junior	Pari	Turbo BOY 85G00	**01-10-2011**
Pari	LC SPRINT	Pari	BOY S 53G00	**01-10-2011**
Pari	LC SPRINT Junior	Pari	BOY S 53G00	**01-10-2011**

Arrêté du 09-03-2007 (JO du 23-03-2007), arrêté du 09-07-2007 (JO du 17-07-2007), arrêté du 19-01-2009 (JO du 22-01-2009)

La prise en charge est assurée:
- pour le traitement de la mucoviscidose;
- pour le traitement des affections respiratoires;
- et dans le cadre des forfaits 101C03.11, 101C03.121, 101C03.122, 101C03.13, 101C03.14, 101C05.11, 101C05.121, 101C05.122, 101C05.13, 101C05.14.

Pour le couple suivant:

NÉBULISEUR		GÉNÉRATEUR		Date de fin de prise en charge
Marque	Référence	Marque	Référence	
Téléflex Médical	SIDESTREAM	Téléflex Médical	PORTA-NEBLITE	**01-03-2012**
Pari	LC SPRINT	Pari	PARI BOY MOBILE S	**01-03-2012**
Invacare	MEDELJET PRO	Invacare	STRATOS PRO	**15-01-2014**

Générateurs d'aérosol pneumatiques avec systèmes de nébulisation intégrée

Marque	Référence	Date de fin de prise en charge
Respironics	RinoFlow	**01-10-2004**
Medic-Aid Ltd	Halolite	**01-10-2004**

MPVTRUMA	Master Jet Vernebler	01-10-2004
MPVTRUMA	Calimero Vernebler	01-10-2004
MED 2000	P-2 (Dail Neb)	01-03-2006

Générateurs d'aérosol ultrasoniques avec systèmes de nébulisation intégrée

Marque	Référence	Date de fin de prise en charge
Int'Air Médical	NU 52	01-10-2004
Int'Air Médical	NU 52 S	01-10-2004
Int'Air Médical	NU 50	01-10-2004
Int'Air Médical	NU 53	01-10-2004
Devilbiss	NEB 99	01-10-2004
Devilbiss	Pulmosonic 5500 F	01-10-2004
La Diffusion Technique Française	Atomisor mégahertz AMGH	01-10-2004
Orkyn'	Nebus	01-10-2004
Artsana	Projet	01-10-2004
MED 2000 SrI	Fiosonic	01-10-2004
Shinmed	Ultrasonic Nebulizert SW-966 (230V)	01-10-2004

Schill	Multisonic pro	01-10-2004
Schill	Multisonic home	01-10-2004
Schill	Multisonic compact	01-10-2004
MPVTRUMA	SonoDrop	01-10-2004
MED 2000	U 1 (Leonardo)	01-10-2004
MED 2000	U 4 (Raffaello)	01-10-2004

Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement des affections respiratoires

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	Il s'agit d'appareils pneumatiques ou à ultrasons.		
101C03.11	- Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines	9,30 €	
	Location hebdomadaire pour la longue durée, lorsque la prescription est supérieure à quatre semaines, la prise en charge est assurée dès la première semaine selon les tarifs suivants :		
101C03.121	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	4,57 €	
101C03.122	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine .	2,74 €	
101C03.13	- Achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)	12,93 €	
101C03.14	- Renouvellement du masque .	2,62 €	

Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	Il s'agit d'un appareil pneumatique ou à ultrasons de capacité supérieure à 250 cm^3, livré avec l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (support de flacon à médicaments, tubulures, filtres notamment).		

	Sans réchauffeur:		
l01C03.211	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**15,24** €	
101C03.212	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**9,45** €	
	Avec réchauffeur		
101C03.221	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**18,29** €	
101C03.222	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**11,28** €	
101C03.23	- Achat du nébuliseur et du masque (pour les aérosols pneumatiques)	**12,93** €	
101C03.24	- Renouvellement du masque	**2,62** €	
101C03.25	- Forfait pour quatre semaines et à partir de la cinquième semaine de location pour le remplacement des accessoires (filtres antibactériens, filtres antipoussières, tubulures, gobelets, embouts notamment)	**14,03** €	

Appareils générateurs d'aérosols pour le traitement de la mucoviscidose à forme respiratoire

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur)

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	Il s'agit d'appareils pneumatiques.		
101C05.11	- Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines	**9,30** €	
	Location hebdomadaire pour la longue durée, lorsque la prescription est supérieure à quatre semaines, la prise en charge est assurée dès la première semaine selon les tarifs suivants :		
101C05.121	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**4,57** €	
101C05.122	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**2,74** €	
101C05.13	- Achat du nébuliseur et du masque	**12,93** €	
101C05.14	- Renouvellement du masque	**2,62** €	

Sans générateur de vapeur (sans humidificateur) à ultrasons générateur de particules inférieures à 3 microns.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
101C05.21	- Location hebdomadaire de courte durée discontinue pour un traitement inférieur ou égal à quatre semaines	**19,82** €	
	Location hebdomadaire pour la longue durée, lorsque la prescription est supérieure à quatre semaines, la prise en charge est assurée dès la première semaine selon les tarifs suivants :		
101C05.221	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**9,76** €	
101C05.222	- Location hebdomadaire pour la longue durée pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**5,79** €	

Avec générateur de vapeur (avec humidificateur).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	Il s'agit d'un appareil à ultrasons de capacité supérieure à 250 cm³, générateur de particules inférieures à 3 microns, livré avec l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (support de flacon à médicaments, tubulures, filtres notamment).		
	Sans réchauffeur:		
101C05.311	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**19,82** €	
101C05.312	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur sans réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**12,20** €	
	Avec réchauffeur		
101C05.321	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la première période, jusqu'à la 65ème semaine	**21,34** €	
101C05.322	- Location hebdomadaire du générateur avec humidificateur avec réchauffeur pendant la deuxième période, au delà de la 65ème semaine	**13,11** €	
101C05.33	- Forfait pour quatre semaines et à partir de la cinquième semaine de location pour le remplacement des accessoires (filtres antibactériens, filtres antipoussières, tubulures, gobelets notamment)	**14,03** €	
101C01.2	- Forfait de livraison à domicile d'un appareil générateur d'aérosols pneumatiques pour les affections respiratoires et pour le traitement de la mucoviscidose à forme respiratoire	**17,68** €	
	Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.		

Société PARI

La prise en charge est assurée pour le traitement de la mucoviscidose par aérosolthérapie pour le système de nébulisation et les accessoires suivants :

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	Date de fin de prise en charge
101C05.34	Location hebdomadaire, générateur eFLOW, Pari.	**8,66**	**01-03-2010**
101C05.35	Achat semestriel, membrane et nébuliseur, eFLOW, Pari.	**85,00**	**01-03-2010**

Société La diffusion technique française (DTF)

La prise en charge est assurée pour le traitement de la mucoviscidose par aérosolthérapie pour le système de nébulisation et les accessoires suivants :

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	Date de fin de prise en charge
101C05.36	Location hebdomadaire, générateur Atomisor Pocket, DTF.	**8,66**	**15-08-2012**
101C05.37	Achat annuel, membrane et nébuliseur, Atomisor Pocket, DTF.	**170,00**	**15-08-2012**

Appareils générateurs d'aérosols spécifiques du traitement des affections de la sphère ORL.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	Appareil manosonique automatique pour le traitement des affections tubotympaniques : La prise en charge est accordée après avis d'un médecin spécialiste en pédiatrie ou en oto-rhino-laryngologie.		
101C14.11	- Location hebdomadaire	**19,67** €	
101C14.12	- Achat du consommable (tubulures, nébuliseur, embout narinaire), fourni lors de la livraison de l'appareil; Il n'est pas renouvelable	**16,77** €	

Sous-section 2 : Dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire et prestations associées

La prise en charge est assurée sur la base de forfaits hebdomadaires calculés de date à date.

Paragraphe 1 : Oxygénothérapie

Oxygénothérapie à long terme

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la première prescription et une fois par an lors des renouvellements. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R 165-23 du code de la sécurité sociale.

La prise en charge est réservée aux patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave dont l'état nécessite l'administration d'oxygène pendant une durée quotidienne d'au moins 15 heures

L'oxygénothérapie à long terme est indiquée:

- dans les insuffisances respiratoires chroniques restrictives parenchymateuses quand la PaO^2 est inférieure à 60 mmHg.

- chez les sujets ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive lorsqu'à distance d'un épisode aigu, et sous réserve d'une prise en charge thérapeutique optimale (c'est à dire associant arrêt du tabac, bronchodilatateurs et kinésithérapie), la mesure des gaz du sang artériel en air ambiant, réalisée à deux reprises, a montré:

* soit une PaO^2 inférieure ou égale à 55 mm de mercure (Hg)

* soit une PaO^2 comprise entre 56 et 59 mm Hg, associée à un ou plusieurs éléments suivants:
· une polyglobulie (hématocrite supérieur à 55%),
· des signes cliniques de coeur pulmonaire chronique,
· une hypertension artérielle pulmonaire (pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure ou égale à 20 mm Hg),
· une désaturation artérielle nocturne non apnéique quel que soit le niveau de la $PaCO^2$.

La prise en charge de l'oxygénothérapie à long terme est assurée sur la base de deux forfaits hebdomadaires non cumulables:
* forfait pour oxygénothérapie en poste fixe.
* forfait pour oxygénothérapie intensive ou de déambulation.

Chaque forfait couvre dans le cadre de l'application du guide des bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène médical :
* des prestations communes aux forfaits d'oxygénothérapie à long terme;
* des prestations spécifiques à chaque forfait.

Prestations communes aux forfaits d'oxygénothérapie à long terme

1 - la fourniture de consommables:
* le tuyau d'administration d'O^2 de 3 à 30 m de longueur,

* la lunette à usage personnel, à raison de 2 unités par mois en moyenne,
* ou s'il y a lieu, les autres dispositifs suivants: sonde nasale, masque, cloche de Hood, cathéter transtrachéal.

2 - la fourniture d'un humidificateur si nécessaire.

3 - des prestations techniques :
* la livraison des matériels et leur mise à disposition pour leur usage à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile ,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile,
* un service d'astreinte téléphonique 24h/J et 7 jours/semaine.

4 - des prestations administratives:
* la gestion du dossier administratif du patient,
* la gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient.

5 - des prestations générales:
* le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
* les visites régulières à domicile pour le suivi et la coordination du traitement tous les deux à quatre mois pour tous les patients quel que soit leur âge ou plus fréquemment, en fonction des besoins, pour les enfants,
* le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfait hebdomadaire 1 : Oxygénothérapie à long terme en poste fixe

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1136581 101D01.11	Oxygénothérapie à long terme en poste fixe : Forfait hebdomadaire 1	**48,87**	48,87
	La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave qui déambulent moins d'une heure par jour. Le tarif couvre les prestations communes énoncées ci-dessus et les prestations spécifiques suivantes: - la fourniture : d'un concentrateur, d'un dispositif de contrôle de l'observance (compteur horaire ou autre), éventuellement d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours et/ou de bouteilles d'oxygène gazeux (dans la limite de 10 bouteilles de 0,4 m³ au maximum par mois ou de son équivalent en volume de gaz délivré) permettant la déambulation de moins d'une		

	heure, - le surcoût de consommation d'électricité à raison de **2,20** euros reversé au patient par le fournisseur, - la surveillance de l'état du matériel tous les 2 à 4 mois , - la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne.		

Forfait hebdomadaire 2 : Oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation, oxygène liquide

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1130220 101D01.112	Oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation, oxygène liquide : Forfait hebdomadaire 2.	**112,19**	112,19
	La prise en charge est assurée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique grave : * qui nécessitent un débit en oxygène supérieur à 5 l/mn * et/ou qui déambulent (éventuellement en fauteuil roulant) régulièrement à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile plus d'une heure par jour. Elle peut être également accordée : * pour les patients relevant du forfait 1 dont la consommation excède 10 bouteilles d'oxygène gazeux de 0,4 m³ par mois. * pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire uniquement à l'effort (selon les mêmes critères paracliniques de PaO^2 que ceux énoncés dans les conditions générales d'attribution de l'oxygénothérapie à long terme). Le bénéfice de l'oxygénothérapie est alors attesté, à l'épreuve de marche de 6 minutes, par une amélioration en terme de dyspnée, gazométrie, distance parcourue et/ou d'amélioration de la courbe d'oxymétrie continue. Le tarif couvre les prestations communes énoncées ci-dessus et les prestations spécifiques suivantes: * l'approvisionnement en oxygène médical stocké en phase liquide, * la fourniture d'un réservoir patient, d'un réservoir portable en cas de déambulation, d'une valve économiseuse d'oxygène si nécessaire, d'un dispositif permettant le contrôle de l'observance du traitement (suivi cumulé des volumes livrés), * le contrôle régulier des réservoirs conformément au rythme préconisé par le constructeur, * la mise en place d'une procédure de livraison évitant les ruptures d'approvisionnement.		

Société Invacare Poirier SAS (Invacare)

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1120338	Oxygénothérapie à long terme, déambulation, INVACARE, Venture Homefill II. Forfait hebdomadaire pour système pour oxygénothérapie à long terme à domicile avec déambulation, à partir de bouteilles remplies grâce à un extracteur et un compresseur, Invacare Venture Homefill II de la société INVACARE POIRIER SAS. La prise en charge est assurée pour l'oxygénothérapie à domicile de longue durée avec déambulation pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique et qui nécessitent un débit d'oxygène inférieur ou égal à 2,5 l/min pour les modèles de concentrateur PLATINUM S et PLATINUM 5 sens O2 ou inférieur ou égal à 6 l/min pour le modèle PLATINUM 9, compatible avec l'utilisation simultanée de la fonction de concentrateur et la fonction de stockage de l'oxygène. La prescription devra renseigner le mode d'oxygénothérapie de déambulation (système VENTURE HOMEFILL II ou oxygène liquide) après prise en compte de la préférence du patient, notamment au vu de son lieu de vie et des contraintes sonores. Le système pour oxygénothérapie Invacare Venture Homefill II comprend un concentrateur, un compresseur et deux bouteilles. La prise en charge est assurée pour les modèles et références suivants : **Concentrateur** : Platinum 5 Sens O2 (IRC5LX02AW-S), et Platinum S (IRC5LX02AWQ-S), Platinum 9 (IRC9LXO2AWQ-S) et PERFECT 02 (1521652-ITC5PO2AWS). **Compresseur** : VENTURE HOMEFILL II (IOH200AW-S). **Bouteilles** : - INVACARE 1 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (HF2PCE6). - INVACARE 1,4 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (HF2PCE8-S). - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur et d'une valve à la demande (HF2PCE9). - INVACARE 1,7 litre (140 bars) munie d'un manodétendeur (valve en débit continu)	**63,00**	63,00	**15-03-2013**

	(HF2RE9).			

Oxygénothérapie à court terme

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée pour une administration prolongée d'oxygène dans le nycthémère,

* pour les patients présentant une insuffisance respiratoire à l'issue d'une décompensation aiguë attestée biologiquement en attendant le retour à la stabilité de la PaO^2 ou le passage à l'oxygénothérapie de longue durée.

* lors d'épisodes d'instabilité transitoire d'une maladie pulmonaire ou cardiaque: bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, asthme grave.

* chez les malades atteints de néoplasies évoluées.

La prise en charge est assurée pour un même malade, pour une durée d'un mois, renouvelable deux fois. Au-delà, la prise en charge est assurée au titre de l'oxygénothérapie à long terme selon les conditions médicales et tarifaires énumérées dans le forfait correspondant.

La prise en charge est assurée sur la base d'un forfait hebdomadaire couvrant :

1 - la fourniture :
* soit d'un concentrateur, d'un dispositif de contrôle de l'observance (compteur horaire ou autre) et d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours,
* soit de bouteilles d'oxygène gazeux avec mano-détendeurs et humidificateur, du système de régulation de débit adapté aux besoins du patient, de l'approvisionnement en oxygène médical stocké en phase gazeuse et des consommables correspondants (tuyau d'administration d'O^2 de 3 à 30 m de longueur, lunette à usage personnel, à raison d'environ 2 unités par mois et s'il y a lieu, les autres dispositifs suivants: sonde nasale, masque, cloche de Hood).

2 - des prestations techniques :
* la livraison des matériels et leur mise à disposition au domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile ,
* un service d'astreinte téléphonique 24h/J et 7 jours/semaine.
* la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne, pour les patients disposant d'un concentrateur.
* la mise en place d'une procédure de livraison, évitant les ruptures d'approvisionnement en cas d'oxygène gazeux, s'il y a lieu.

3 - des prestations administratives:
* la gestion du dossier administratif du patient,
* la gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient.

Forfait hebdomadaire 3 : Oxygénothérapie à court terme

CODE	NOMENCLATURE	TARIF	PRIX LIMITE de

		(en euros TTC)	**vente au public (en euros TTC)**
1128104 101D01.121	Oxygénothérapie à court terme : Forfait hebdomadaire 3	**46,51**	46,51

Traitement de la crise d'algie vasculaire de la face (AVF) par oxygénothérapie

La prise en charge des forfaits 28 et 29, décrits ci-dessous, n'est assurée que dans le traitement de la crise d'algie vasculaire de la face.

Pour être pris en charge, ces forfaits doivent avoir été prescrits par un neurologue ou un ORL ou dans une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle. Ces conditions de prescription s'appliquent aussi pour le renouvellement de la prise en charge.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1135392	Oxygénothérapie, AVF, prestation hebdomadaire. Forfait hebdomadaire 28. Ce forfait comprend : - la mise en place d'une procédure de livraison évitant les ruptures d'approvisionnement en oxygène gazeux dans un délai maximal de 24 heures; - la gestion du dossier administratif du patient; - la gestion de la continuité des prestations avec, éventuellement, un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient. La prescription de ce forfait est limitée à trois mois renouvelables une fois.	**16,00**	16,00	**02-01-2012**
1165967	Oxygénothérapie, AVF, forfait de livraison. Forfait 29. Ce forfait comprend : • la fourniture des consommables : - bouteilles d'oxygène médical gazeux; Le patient devra disposer d'une bouteille portable (de l'ordre de 0,2 à 0,5 mètres cubes) en complément d'une bouteille fixe (de l'ordre de 3 mètres cubes) à mano-détendeur intégré à gros débit (5-7 à 10 ou 15 litres); - 1 tuyau d'administration (longueur de 3 à 4 mètres); - 1 masque nasobuccal haute concentration ; - un second tuyau et un second masque nécessaires pour l'utilisation de la bouteille portable; • la livraison des consommables et leur mise à disposition au domicile, l'information technique correspondante, la reprise des consommables au domicile. Le bon de livraison des consommables doit être signé par le patient.	**115,00**	115,00	**02-01-2012**

Paragraphe 2 : Ventilation assistée

Conditions générales d'attribution

La prise en charge est assurée sur la base de quatre forfaits hebdomadaires, non cumulables:
* forfait de ventilation assistée pour trachéotomisés.
* forfait de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, par masque, embout buccal ou périthoracique.
* forfait de ventilation assistée inférieure à 12 heures, par masque, embout buccal ou périthoracique.
* forfait de ventilation assistée par embout buccal dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire.

Le forfait couvre:
* des prestations communes aux forfaits de ventilation assistée,
* et des prestations spécifiques à chaque forfait.

Prestations communes aux forfaits de ventilation assistée:

1 - des prestations techniques :
* la livraison des matériels et leur mise à disposition pour leur usage à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile à un rythme spécifique à chaque forfait,
* un service d'astreinte téléphonique 24h/J et 7 jours/semaine.

2 - des prestations administratives:
* la gestion du dossier administratif du patient,
* la gestion de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence du patient.

3 - des prestations générales:
* le conseil, l'éducation et la fournitures d'explications au patient et à ses proches à l'instauration du traitement, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
* le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfait hebdomadaire 4 : Ventilation assistée pour trachéotomisés

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1199558 101D01.21	Ventilation assistée pour trachéotomisés : Forfait hebdomadaire 4	**117,74**	117,74

	Ce forfait ne peut s'ajouter à la prise en charge d'une des références de canules trachéales simples remboursables sur la base des codes 2426766, 2432880, 2404210, 2450859, 2434636 ou parlantes à clapet remboursable sur la base des codes 2485390, 2415946, 2426683, 2403989, 2495141. Sa prise en charge est assurée pour les malades trachéotomisés en hypoventilation alvéolaire. Le forfait couvre les prestations communes énumérées dans les conditions générales d'attribution relatives à la ventilation assistée et les prestations suivantes : * la fourniture d'un ventilateur muni d'alarmes et de batteries de secours, * d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance), * d'un humidificateur avec réchauffeur (ou nez artificiel), * d'un aspirateur trachéal électrique avec batteries, de la sonde d'aspiration et de la canule, * d'un matériel de secours : 2ème ventilateur pour les patients dont la prescription est supérieure à 16 h/j, * un système d'aspiration de secours, * le surcoût de consommation d'électricité à raison de **3,04** € reversé au patient par le fournisseur, * les visites régulières à domicile pour le suivi et la coordination du traitement tous les un à trois mois, * la surveillance du matériel tous les 2 à 4 mois, * la coordination des actions sociales y compris avec la DDASS pour l'inscription, si nécessaire, sur la liste des malades à faible autonomie sur le secteur sensible de l'EDF, * la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne et en l'absence de matériel de secours.		

Forfait hebdomadaire 5 : Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1163030 101D01.22	Ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures : Forfait hebdomadaire 5, par masque facial, embout buccal ou périthoracique	**80,79**	80,79
	Sa prise en charge est effectuée après hospitalisation en service spécialisé dans l'accueil des		

	malades cités ci-dessous. Elle est assurée: * pour les malades atteints de syndrome restrictif ou mixte en hypoventilation alvéolaire, sous réserve que la prescription de ventilation quotidienne soit d'au moins 12 heures et que des contrôles gazométriques aient été faits avec et sans ventilation. * à titre palliatif, pour les malades présentant un syndrome obstructif qui ne peuvent être sevrés totalement du ventilateur à la suite d'une décompensation aiguë ou pour des patients (par exemple patients atteints de mucoviscidose) en aggravation progressive de la maladie. Le forfait couvre les prestations communes énoncées dans les conditions générales d'attribution relatives à la ventilation assistée et les prestations suivantes: * la fourniture d'un ventilateur muni d'alarmes et de batteries de secours, * d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance), * d'un humidificateur avec éventuellement réchauffeur (ou nez artificiel), * d'un deuxième ventilateur pour les patients dont la prescription est supérieure à 16 h/j, * d'un masque adapté ou sur moulage à raison de six unités par an ou de deux embouts buccaux par an. * le surcoût de consommation d'électricité à raison de **3,04** € reversé au patient par le fournisseur, * les visites régulières à domicile tous les 2 à 4 mois, * la surveillance de l'état du matériel tous les 3 à 6 mois, * la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 12 heures en cas de panne et en l'absence de matériel de secours.		

Forfait hebdomadaire 6 : Ventilation assistée inférieure à 12 heures

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1196270 101D01.23	Ventilation assistée inférieure à 12 heures : Forfait hebdomadaire 6, par masque facial, embout buccal ou périthoracique .	**67,86**	67,86
	La prise en charge est effectuée après hospitalisation en service spécialisé dans l'accueil des malades sous cités. Elle est assurée:		

	* pour les malades atteints de syndrome restrictif ou mixte en hypoventilation alvéolaire, sous réserve que la prescription de ventilation quotidienne soit de moins de 12 heures et que des contrôles gazométriques aient été faits avec et sans ventilation. * à titre palliatif, pour les malades présentant un syndrome obstructif qui ne peuvent être sevrés totalement du ventilateur à la suite d'une décompensation aiguë ou pour des patients (par exemple patients atteints de mucoviscidose) en aggravation progressive de la maladie. Le forfait couvre les prestations communes énoncées ci-dessus et les prestations suivantes: * la fourniture d'un ventilateur ou d'un appareil d'assistance respiratoire non obligatoirement muni d'alarmes et de batteries de secours, * d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance), * le cas échéant, d'un générateur d'aérosol servant d'humidificateur avec éventuellement réchauffeur ou d'un nez artificiel, * d'un masque adapté ou sur moulage à raison de trois unités par an ou de deux embouts buccaux par an. * le surcoût de consommation d'électricité à raison de **2,84** € reversé au patient par le fournisseur, * les visites régulières à domicile tous les 2 à 4 mois, * la surveillance de l'état du matériel tous les 3 à 6 mois, * la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 24 heures en cas de panne.		

Forfait hebdomadaire 7 : Forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux

La prise en charge de ce forfait est assurée en cas de:
- mobilisation thoracique des enfants atteints de pathologie neuromusculaire;
- assistance à la toux du patient paralytique (en situation chronique).

Pour être pris en charge, la prescription du forfait, réalisée sur un formulaire standardisé d'aide à la prescription, doit être effectuée par un des centres de références des maladies neuromusculaires définis par la DHOS et, en attendant la montée en charge de leur désignation par la DHOS, par une des consultations travaillant en réseau avec les centres de référence.

Pour être pris en charge, la prescription d'un forfait d'aide à la toux chez les patients tétraplégiques doit être effectuée, en l'absence de labellisation des structures spécialisées prenant en charge les blessés médullaires, par une des structures spécialisées après évaluation par l'équipe pluridisciplinaire comprenant notamment un médecin de médecine physique et de réadaptation et un kinésithérapeute.

Dans le cadre d'une utilisation à visée de mobilisation thoracique, le renouvellement de la prescription est conditionné par l'évaluation de l'observance par le médecin dans un délai de 9 mois après l'instauration du traitement ou de la précédente prescription. En deçà d'une moyenne de 3 séances hebdomadaires (la durée moyenne d'utilisation étant d'une séance de

20 minutes par jour), la prescription ne devra pas être reconduite. Une fiche standardisée de recueil d'observance est remise au patient.

La prise en charge du forfait est assurée pour:
- les relaxateurs de pression utilisés dans la mobilisation thoracique des enfants atteints de pathologies neuromusculaires ;
- tout appareil capable de donner des hyperinsufflations ou in-exsufflations pour l'assistance à la toux du patient paralytique.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1176480 101D01.24	Forfait d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations. Forfait de mobilisation thoracique et d'aide à la toux. Forfait hebdomadaire 7. Le forfait couvre les prestations suivantes: - la fourniture du dispositif capable de délivrer au patient des hyperinsufflations ou in-exsufflations conformément à la prescription; - la fourniture des consommables associés : · l'interface: selon le cas, soit embout buccal (à la demande), soit masque nasal (2 unités par an), soit masque naso-buccal (2 unités par an); · un circuit aérien par mois; - la visite d'un technicien pour la maintenance du dispositif médical d'hyperinsufflations ou in-exsufflations tous les 3 à 6 mois; - la réparation ou le remplacement de dispositif dans un délai de 48 heures en cas de panne.	**25,00**	25,00	**15-02-2012**

Paragraphe 3 : Trachéotomie sans ventilation

Le forfait couvre:

1 - la fourniture d'un aspirateur trachéal électrique avec batterie et système d'aspiration de secours.

2 - la fourniture des consommables:
* sonde d'aspiration et canule,
* compresses et pansements nécessaires aux soins liés à la canule,

3 - la fourniture d'un humidificateur, d'un générateur d'aérosol ou d'un nez artificiel.

4 - des prestations techniques :
* la livraison des matériels et leur mise à disposition pour leur usage à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile tous les six mois,
* la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 72 heures en cas de panne.

5 - des prestations administratives:
* la gestion du dossier administratif du patient.

6 - des prestations générales:
* le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches à l'instauration du traitement, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
* les visites régulières à domicile pour le suivi et la coordination du traitement tous les 4 à 6 mois,
* le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfait hebdomadaire 8 : Trachéotomie sans ventilation

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1133690 101D01.31	Trachéotomie sans ventilation : Forfait hebdomadaire 8	**44,99**	44,99
	La prise en charge est assurée sur la base d'un forfait hebdomadaire pour les malades trachéotomisés présentant une insuffisance respiratoire non décanulée (avec sécrétions abondantes nécessitant des aspirations trachéales, notamment chez l'enfant).		
	Le forfait 8 ne peut s'ajouter à la prise en charge d'une des références des canules trachéales simples remboursables sur la base des codes 2426766, 2432880, 2404210, 2450859, 2434636 ou parlantes à clapet remboursables sur la base des codes 2485390, 2415946, 2426683, 2403989, 2495141.		

Paragraphe 4 : Dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées

Le forfait couvre :

1 - la fourniture :
* d'un générateur de pression positive continue et d'un dispositif de contrôle de l'observance du traitement (compteur horaire ou dispositif de suivi cumulé avec possibilité de télésurveillance),
* des consommables: raccords entre le masque et le générateur,
* de masques adaptés ou sur moulage à raison de deux ou trois unités par an,
* éventuellement d'un humidificateur avec réchauffeur (nez artificiel),

2 - des prestations techniques :
* la livraison des matériels, leur mise à disposition pour leur usage à domicile avec vérification technique à domicile, l'information technique correspondante, la reprise du matériel au domicile,
* la désinfection du matériel (à l'exclusion des produits à patient unique),
* la maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel à domicile avec fourniture des consommables tous les six mois,
* la réparation ou le remplacement du matériel dans un délai de 72 heures en cas de panne.

3 - des prestations administratives:
* la gestion du dossier administratif du patient.

4 - des prestations générales:
* le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches à l'instauration du traitement, comprenant notamment des consignes visant le renforcement de la sécurité,
* le contrôle de l'observance du traitement avec rédaction d'une feuille d'observance pour le médecin traitant avec, dans les cas où l'observance est inférieure aux critères énoncés ci-dessus, visite supplémentaire à domicile afin de tenter de corriger la non compliance et enregistrement de la durée quotidienne d'utilisation sur une période d'un mois.
* le suivi et la coordination du traitement avec les médecins (traitant et prescripteur) et les auxiliaires médicaux en charge du patient.

Forfait hebdomadaire 9 : Pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1188684 101D02.1	Pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil : Forfait hebdomadaire 9	**25,03**	25,03
	La prise en charge est assurée après entente préalable remplie par le médecin prescripteur lors de la première prescription et à l'issue d'une période probatoire de cinq mois puis une fois par an lors des renouvellements, conformément à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. La prise en charge est assurée pour les patients présentant: - une somnolence diurne, - et au moins trois des symptômes suivants: ronflements, céphalées matinales, vigilance réduite, troubles de la libido, HTA, nycturie, associés: * soit à un indice d'apnées (A) plus hypopnées (H) par heure de sommeil (A+H)/h supérieur ou égal à 30 à l'analyse polygraphique, * soit, si cet indice est inférieur à 30, à au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil en rapport avec une augmentation de l'effort respiratoire documenté par l'analyse polysomnographique. La prise en charge est assurée pendant une période de 5 mois puis par période d'un an, sur la base d'un forfait hebdomadaire. Le renouvellement et le maintien de la prise en charge sont subordonnés à la constatation: * d'une observance de trois heures minimales de traitement chaque nuit, sur une période de 24 heures, * et de l'efficacité clinique du traitement.		

Paragraphe 5 : Forfaits hebdomadaires correspondant à l'association de deux forfaits

Code	Nomenclature	TARIF (en euros TTC)	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC)
1116880 101D03.01	Ventilation assistée, trachéotomisés + oxygénothérapie long terme poste fixe. **Forfait hebdomadaire 10** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558 et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 10 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1136581.	**151,89**	151,89
1146444 101D03.02	Ventilation assistée, trachéotomisés + oxygénothérapie long terme liquide. **Forfait hebdomadaire 11** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558 et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 11 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1130220.	**225,18**	225,18
1150635	Ventilation assistée, trachéotomisés + Venture Homefill II. **Forfait hebdomadaire 30** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 30 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1120338.	**164,77**	164,77
1101950 101D03.03	Ventilation assistée, trachéotomisés + oxygénothérapie court terme. **Forfait hebdomadaire 12** associant les forfaits 4 (de ventilation assistée pour trachéotomisés, code 1199558 et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 12 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1199558 et 1128104.	**155,72**	155,72

1175380 101D03.04	Ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygénothérapie long terme poste fixe. **Forfait hebdomadaire 13** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030 et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 13 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1136581.	**105,10**	105,10
1122053 101D03.05	Ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygénothérapie long terme liquide. **Forfait hebdomadaire 14** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030 et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 14 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1130220.	**175,06**	175,06
1151190	Ventilation assistée, 12 heures + Venture Homefill II. **Forfait hebdomadaire 31** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 31 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1120338.	**116,56**	116,56
1166820 101D03.06	Ventilation assistée, > ou = 12 heures + oxygénothérapie court terme. **Forfait hebdomadaire 15** associant les forfaits 5 (de ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, code 1163030 et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 15 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1163030 et 1128104.	**118,83**	118,83
1107579 101D03.07	Ventilation assistée, < 12 heures + oxygénothérapie long terme poste fixe. **Forfait hebdomadaire 16** associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270 et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 16 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1136581.	**93,02**	93,02
1162437 101D03.08	Ventilation assistée, < 12 heures + oxygénothérapie long terme liquide.	**162,55**	162,55

	Forfait hebdomadaire 17 associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270 et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 17 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1130220.		

1130236	Ventilation assistée, , 12 heures + Venture Homefill II. **Forfait hebdomadaire 32** associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 32 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1120338.	**104,28**	104,28

1158329 101D03.09	Ventilation assistée, < 12 heures + oxygénothérapie court terme. **Forfait hebdomadaire 18** associant les forfaits 6 (de ventilation assistée inférieure à 12 heures, code 1196270 et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 18 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1196270 et 1128104.	**106,05**	106,05

1188885 101D03.10	Hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygénothérapie long terme poste fixe. **Forfait hebdomadaire 19** associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 19 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1136581.	**58,61**	58,61

1145723 101D03.11	Hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygénothérapie long terme liquide. **Forfait hebdomadaire 20** associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation : oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 20 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1130220.	**117,92**	117,92

1123414	Hyperinsufflations ou in-exsufflations + Venture Homefill II. Forfait hebdomadaire 33 associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 33 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1120338.	**69,82**	69,82

1163951 101D03.12	Hyperinsufflations ou in-exsufflations + oxygénothérapie court terme. **Forfait hebdomadaire 21** associant les forfaits 7 (d'hyperinsufflations ou d'in-exsufflations, code 1176480) et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 21 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1176480 et 1128104.	**59,12**	59,12
1167937 101D03.13	Trachéotomie sans ventilation + oxygénothérapie long terme poste fixe. **Forfait hebdomadaire 22** associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 22 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1136581.	**82,07**	82,07
1143470 101D03.14	Trachéotomie sans ventilation + oxygénothérapie long terme liquide. **Forfait hebdomadaire 23** associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation, oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 23 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1130220.	**145,19**	145,19
1121421	Trachéotomie sans ventilation + Venture Homefill II. **Forfait hebdomadaire 34** associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 34 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1120338.	**94,43**	94,43
1165938 101D03.15	Trachéotomie sans ventilation + oxygénothérapie court terme. **Forfait hebdomadaire 24** associant les forfaits 8 (de trachéotomie sans ventilation, code 1133690) et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 24 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1133690 et 1128104.	**83,65**	83,65
1130897 101D03.16	Pression positive continue + oxygénothérapie long terme poste fixe.	**68,05**	68,05

	Forfait hebdomadaire 25 associant les forfaits 9 (pour l'apnée du sommeil, code 1188684) et 1 (d'oxygénothérapie à long terme en poste fixe, code 1136581). La prise en charge du forfait 25 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1188684 et 1136581.		

1189991 101D03.17	Pression positive continue + oxygénothérapie long terme liquide. **Forfait hebdomadaire 26** associant les forfaits 9 (pour l'apnée du sommeil, code 1188684) et 2 (d'oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation, oxygène liquide, code 1130220). La prise en charge du forfait 26 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1188684 et 1130220.	**128,35**	128,35

1162093	Pression positive continue + Venture Homefill II. **Forfait hebdomadaire 35** associant les forfaits 9 (pour l'apnée du sommeil, code 1188684) et Invacare Venture Homefill II (d'oxygénothérapie à long terme, code 1120338). La prise en charge du forfait 35 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1188684 et 1120338.	**81,06**	81,06

1126660 101D03.18	Pression positive continue + oxygénothérapie court terme. **Forfait hebdomadaire 27** associant les forfaits 9 (pour l'apnée du sommeil, code 1188684) et 3 (d'oxygénothérapie à court terme, code 1128104). La prise en charge du forfait 27 est subordonnée au respect des conditions générales et spécifiques d'attribution des codes 1188684 et 1128104.	**63,67**	63,67

Sous-section 3 : Autres dispositifs médicaux pour traitement de l'insuffisance respiratoire

Paragraphe 1 : Aspirateurs trachéaux et prestation de livraison

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	La fourniture des sondes ainsi que le renouvellement des flacons et des tubulures sont compris dans la location.		
1149514 101C06.1	Aspirateur trachéal, location hebdomadaire inférieure ou égale à 65 semaines. Location hebdomadaire pendant la première période jusqu'à la 65° semaine.	**20,15** €	

1106485 101C06.2	Aspirateur trachéal, location hebdomadaire supérieure à 65 semaines. Location hebdomadaire pendant la deuxième période au-delà de la 65° semaine.	**15,27** €	
1102375 101C01.2	Aspirateur trachéal, forfait de livraison à domicile. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.	**17,68** €	

Paragraphe 2 : Chambres d'inhalation pour l'administration de médicaments par aérosol-doseur dans les affections respiratoires.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	La prise en charge comprend la chambre et l'ensemble des accessoires nécessaires à son utilisation (valves, masque, embout...). Le renouvellement de la prise en charge de la chambre d'inhalation, du lot de valves de rechange ou de l'embout et du masque ne peut être assurée qu'au-delà d'un délai minimal de six mois par rapport à la prise en charge précédente.		
1134783 103C04.11	Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant avant le 6° anniversaire. Elle est adaptée pour les enfants jusqu'à leur sixième anniversaire, quel qu'en soit le type.	**18,14** €	
1128423 103C04.12	Chambre d'inhalation, respiratoire, pour enfant au-delà du 6° anniversaire. Elle est adaptée pour les patients au-delà de leur sixième anniversaire, quel qu'en soit le type.	**8,84** €	
1179308 103C04.2	Chambre d'inhalation, respiratoire, valve de rechange. Le lot de valve inspiratoire et expiratoire de rechange pour chambre d'inhalation.	**5,03** €	
1179596 103C04.3	Chambre d'inhalation, respiratoire, masque avec ou sans embout. Le masque avec ou sans embout, ou l'embout de rechange pour chambre d'inhalation.	**6,86** €	

Paragraphe 3 : Débitmètre de pointe

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	
1172772	Débitmètre de pointe quelle que soit la conformation (adulte, enfant). Pour les débitmètres de pointe conformes aux spécifications techniques décrites dans la partie spécifications techniques, la prise en charge est accordée pour les malades présentant un asthme quel que soit le stade de sévérité. Elle est assurée dans la limite d'une attribution tous les trois ans.	**22,87** €	

NB : Arrêté du 18-10-2004 (JO du 29-10-2004) Article 4. - Les étiquettes, sous forme de code-barres, apposées sur les conditionnements de débitmètres de pointe antérieurement à la date de parution au Journal officiel du présent arrêté pourront continuer à être transmises aux organismes de prise en charge pendant six mois à compter de cette date.

Paragraphe 4 : Spiromètres

Spiromètre électronique portable, location trimestrielle.
La prise en charge est assurée pour la surveillance à domicile des patients transplantés pulmonaires ou cardio-pulmonaires.
Le spiromètre mesure les trois variables suivantes :
- le volume expiratoire maximal seconde (VEMS),
- la capacité vitale (CV),
- le débit expiratoire maximal de 25 % à 75 % de la capacité vitale (DEM 25-75).

Le tarif couvre la mise à disposition du spiromètre, sa maintenance et ses réparations. Il correspond à une location trimestrielle.

La prise en charge est assurée pour les spiromètres suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en euros		Date de fin de prise en charge
1140039 101C13.1	Spiromètre électronique portable, location trimestrielle Spirodoc	RDSM	**27,44**		**01-07-2004**
1183540 101C13.1	Spiromètre électronique portable, location trimestrielle Spirotel	RDSM	**27,44**		**16-08-2009**
1107183	Spiromètre électronique portable, location trimestrielle, LAMIRAU, SPIROTEL. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 910525	Société LAMIRAU Technologies (LAMIRAU)	**27,44**		**16-08-2012**

Paragraphe 5 : Dispositifs médicaux pour laryngectomisés

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1160958 103F01	Filtre respiratoire pour laryngectomisés, la paire. Ce filtre est constitué de seize épaisseurs de tulle polyester.	**22,00**	
1183267	Protection trachéale pour laryngectomisés avec col officier	**1,13**	

103P03			

Section 2. - Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile

Sous-section 1 : Appareils et accessoires pour perfusion à domicile

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1186923 103A04	Perfusion, appareil stérile non réutilisable : II est exempt de pyrogène. Il comprend une aiguille ou un cathéter, une tubulure, une chambre compte-goutte. Il est muni d'un système d'entrée d'air, obturable.	**2,03** €	
	Dispositifs médicaux pour maladies chroniques nécessitant des perfusions continues à domicile		
	Conditions générales de prise en charge La prise en charge est accordée uniquement pour la durée prescrite de la cure de traitement et non pour la durée de mise à disposition du matériel par le fournisseur. La prise en charge est effectuée après consultation ou hospitalisation auprès d'un service spécialisé dans l'accueil des patients atteints des maladies sous-citées permettant d'assurer l'éducation du malade ou de sa famille à l'utilisation de ce mode de traitement à domicile. La prise en charge de ces appareillages est assurée pour l'administration: * de chimiothérapie anticancéreuse, *d'antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes , * de traitement antiviral et antifongique des malades immunodéprimés, * de traitement de la douleur après impossibilité de la poursuite du traitement par la voie orale, * de traitement vasodilatateur et anti-agrégant plaquettaire pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive, * de médicaments destinés au traitement des maladies du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées.		
1129434 101A00.1	Perfusion, panier de perfusion rigide de 500 cc. Le forfait hebdomadaire 1 de nutrition entérale à domicile, sans pompe, ainsi que le forfait hebdomadaire 2 de nutrition entérale à domicile, avec pompe, peuvent s'ajouter aux paniers à perfusion.	**6,25** €	
1135305 101A00.2	Perfusion, perfuseur de précision volumétrique non réutilisable, achat.	**7,17** €	
1196413 101A00.3	Perfusion, accessoires non réutilisables de remplissage. Accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur et du diffuseur portable.	**8,99** €	

	La prise en charge est accordée par perfusion à concurrence de **8,99** €. Les accessoires sont fournis : - soit, à l'unité et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité. - soit, sous forme de set.		
1182078 101A00.4	Perfusion, accessoires à usage unique pour pose de la perfusion. Ces accessoires sont destinés à la pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de chambre à cathéter implantable. La prise en charge est accordée sur la base d'un forfait par perfusion à concurrence de **11,43** €. Les accessoires sont fournis: - soit à l'unité, et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité, - soit sous forme de set.	**11,43** €	

Sous-section 2 : Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnélisé

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
	La prise en charge est accordée uniquement pour la durée prescrite de la cure de traitement et non pour la durée dé mise à disposition du matériel par le fournisseur. La prise en charge est effectuée après consultation ou hospitalisation auprès d'un service spécialisé dans l'accueil des, patients atteints des maladies sous-citées permettant d'assurer l'éducation du, malade ou de sa famille à l'utilisation de ce mode de traitement à domicile. Ces accessoires sont pris en charge pour l'administration : - de chimiothérapie anticancéreuse ; - d'antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes ; - de traitement antiviral et antifongique des malades immunodéprimés, - de la nutrition parentérale ; - de traitement de la douleur après impossibilité de la poursuite du traitement par la voie orale - de traitement vasodilatateur et anti-agrégant plaquettaire pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ; - de médicaments destinés au traitement des maladies. du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées.		

	Les accessoires sont fournis : - soit, à l'unité et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité ; - soit, sous forme de set.		
1128713 101A00.051	Perfusion, aiguille de type 1 pour chambre à cathéter implantable. Aiguilles à biseau tangentiel, type pointe de Huber droite ou courbée:	**1,29** €	
1145031 101A00.052	Perfusion, aiguille de type 2 pour chambre à cathéter implantable. Aiguille de type 1 montée sur un système solidaire (adhésif, agrippant...) permettant le maintien de celle-ci. La prise en charge est assurée dans la limite de trois attributions maximales par semaine.	**6,76** €	
1185668 101A00.061	Perfusion, accessoires pour chambre à cathéter implantable ou cathéter central. Accessoires stériles non réutilisables pour pose de la perfusion, nécessaires à d'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central. Ils sont pris en charge dans la limite de trois attributions maximales par semaine s'ils sont délivrés avec des aiguilles de type 2, mais sans limitation d'attribution en cas de délivrance avec des aiguilles de type 1. Ces accessoires sont notamment : masque, champs, gants, calot, compresses, seringue, aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à 3 voies.	**8,08** €	
1128328 101A00.062	Perfusion, accessoires pour hépariner, chambre à cathéter ou cathéter central. Accessoires stériles non réutilisables pour pose de la perfusion, nécessaires pour hépariner une chambre à cathéter implantable ou un cathéter central. Ils sont pris en charge dans la limite d'une attribution maximale dans le cas d'une chambre à cathéter et de trois attributions maximales dans le cas d'un cathéter central, pour 15 jours (même en dehors des cures): Ces accessoires sont notamment : masque; champs, gants, calot, compresses, seringue et aiguille.	**6,56** €	

Sous-section 3 : Pieds et potences à sérum à roulettes

CODE	NOMENCLATURE.	TARIF en euros	
1111782 101B05.1	Perfusion, pied à sérum à roulettes à l'achat. Le forfait hebdomadaire 1 de nutrition entérale à domicile, sans pompe, ainsi que le forfait hebdomadaire 2 de nutrition entérale à domicile, avec pompe, peuvent s'ajouter aux pieds à sérum à roulettes.	**79,27** €	
1146349	Perfusion, pied/potence à sérum, location hebdomadaire, < ou = 65 semaines.	**1,22** €	

101B05.21	Pied ou potence à sérum, adaptables ou non. Location hebdomadaire continue, calculée de date à date, première période jusqu'à la 65e semaine. La prise en charge de cette référence est assurée exclusivement pour les patients ne nécessitant pas de lits médicaux: Pour les patients pour lesquels la prise en charge d'un lit médical est assurée, la prise en charge de cette référence est assurée dans le tarif des références 1241763 et 1270316.		
1126128 101B05.22	Perfusion, pied/potence à sérum, location hebdomadaire, > 65 semaines. Location hebdomadaire au-delà de la 65e semaine. La prise en charge de cette référence est assurée exclusivement pour les patients ne nécessitant pas de lits médicaux. Pour les patients pour lesquels la prise, en charge d'un lit médical est assurée, la prise en charge de cette référence est assurée dans le tarif des références 1241763 et 1270316.	**0,76** €	
1101312 101C01.3	Perfusion, pied à sérum, forfait de livraison à domicile. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. Sa prise en charge est associée aux références 1146349 et 1126128:	**12,96** €	

Sous-section 4 : Diffuseur portable stérile

Il est livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock.

Un diffuseur portable stérile est un dispositif médical externe non implantable, à usage unique, non programmable qui permet la diffusion parentérale à débit continu en ambulatoire de produits médicamenteux par un mécanisme utilisant une énergie autre que la gravité et le corps humain.

Un diffuseur portable stérile doit répondre aux exigences suivantes :
- une tolérance de variation de débit de ± 15 % par rapport au débit nominal ;
- un filtre antiparticulaire dont la porosité est inférieure ou égale à 7 µm ;
- un système antireflux pour le remplissage ;
- une protection du réservoir ;
- les solutions administrées doivent avoir fait l'objet d'études de stabilité et de compatibilité avec les matériaux du diffuseur portable. (Se référer à la liste des médicaments, citée dans la notice, avec lesquels le dispositif est compatible ou incompatible.) En aucun cas le diffuseur portable ne doit contenir de latex en contact direct avec le patient ou la solution médicamenteuse.

La prise en charge d'un diffuseur portable stérile est assurée pour l'administration :
- de chimiothérapie(s) anticancéreuse(s) ;
- d'antibiothérapie(s) au long cours ou itérative(s) ;
- de traitement(s) antiviral(aux) et/ou antifongique(s) chez les malades immunodéprimés ;
- de traitement(s) de la douleur ;

- de traitement(s) vasodilatateur(s) chez les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ;
- de médicament(s) destiné(s) au traitement des maladies du sang congénitales ou acquises ;
- de médicament(s) pour l'analgésie post-opératoire ;
- de traitement(s) immunosuppresseur(s) ;
- de traitement(s) anticoagulant(s) et fibrinolytique(s) ;
- de médicament(s) destiné(s) au traitement des maladies de surcharge du lysosome.

Arrêté du 20-09-2004 (JO du 30-09-2004) article 3 : Les étiquettes, sous forme de code-barres, apposées sur les conditionnements de diffuseurs portables stériles antérieurement à la date de parution au Journal officiel du présent arrêté pourront continuer à être transmises aux organismes de prise en charge pendant six mois à compter de cette date.

Paragraphe 1 : Diffuseurs portables stériles de durée inférieure à 6 heures (< 6 h) ou égale ou supérieure à 6 heures et inférieure à 72 heures (= ou > 6 h et < 72 h) ou égale ou supérieure à 72 heures (≥ 72 h).

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)
1188431	Perfusion, diffuseur, < 6 h, seringue 50 ml Diffuseur portable stérile pour perfusion d'une durée inférieure à 6 heures, livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock. La prise en charge est assurée pour un seul diffuseur par médicament et par séance de perfusion.	**29,00**	29,00
1116584	Perfusion, diffuseur, = ou > 6 h et < 72 h, seringue 50 ml Diffuseur portable stérile pour perfusion d'une durée égale ou supérieure à 6 heures et inférieure à 72 heures, livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock. La prise en charge est assurée pour un seul diffuseur par médicament et pour la durée totale de perfusion.	**32,00**	32,00
1132560	Perfusion, diffuseur, = ou > 72 h, seringue 50 ml Diffuseur portable stérile pour perfusion d'une durée égale ou supérieure à 72 heures, livré avec une seringue stérile de 50 ml à embout Luer Lock. La prise en charge est assurée pour un seul diffuseur par médicament pour une période de perfusion comprise entre 72 heures au minimum et 5 jours au maximum.	**35,00**	35,00

Paragraphe 2 : Prestation de livraison des diffuseurs portables

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	
1161024	Perfusion, diffuseur, forfait de mise à disposition à domicile pour quatre semaines La prise en charge de ce forfait est assurée sur prescription médicale. Ce forfait comprend au minimum :	**30,49** €	

	- la livraison ; - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait couvrant quatre semaines à compter du premier jour de la cure, quelle que soit la durée de la cure. Ce forfait est éventuellement renouvelable dans les mêmes conditions. La prise en charge de ce forfait de livraison est subordonnée au caractère remboursable du diffuseur lui-même.		

Sous-section 5 : Systèmes actifs pour perfusion à domicile

Seuls sont pris en charge les appareils ayant une source d'alimentation sur secteur et sur batterie ou sur batterie seule.

La prise en charge est assurée après consultation ou hospitalisation auprès d'un service spécialisé dans l'accueil des malades permettant d'assurer l'éducation du patient ou de sa famille à l'utilisation de ce mode de traitement à domicile.

La prise en charge est assurée pour l'administration :
- de chimiothérapie anticancéreuse ;
- d'antibiothérapie pour maladies au long cours, chroniques ou récidivantes ;
- de traitement antiviral et antifongique (des malades immunodéprimés) ;
- de traitement de la douleur après impossibilité de la poursuite du traitement par la voie orale ;
- de traitement vasodilatateur et antiagrégant plaquettaire pour les malades atteints d'hypertension artérielle pulmonaire primitive ;
- de médicaments destinés au traitement des maladies du sang, congénitales ou acquises, nécessitant des transfusions répétées ;
- d'insuline ;
- d'apomorphine dans le traitement de certaines formes graves de la maladie de Parkinson par pompe programmable.

La prise en charge est assurée selon la pathologie et la durée de traitement escomptée, soit à l'achat pour des durées escomptées supérieures à un an, soit à la location. La prise en charge à la location de tous les systèmes actifs pour perfusion, à l'exception des pompes à insuline visées au paragraphe 4, est assurée pour une durée maximale d'un an.

À l'issue de cette période, le renouvellement de la prise en charge à la location est subordonné à une évaluation de l'efficacité du traitement et de l'état du patient par le service à l'origine de la prescription initiale et à la justification médicale du maintien de la location en fonction de la durée de traitement escomptée.

La prise en charge couvre l'achat ou la location de l'appareil et l'achat des accessoires spécifiques et de remplissage à usage unique décrit dans les spécifications techniques.

Dans le cadre de la location de l'appareil, elle est accordée uniquement pour la durée prescrite de la cure de médicament et non pour la durée de mise à disposition du matériel par le fournisseur.

Paragraphe 1 : Système actif en poste fixe

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	
1185094 101B06.1111	Perfusion, système actif en poste fixe, achat du pousse-seringue à 1 voie.	**868,96**	
1109288 101B06.1112	Perfusion, système actif en poste fixe, achat du pousse-seringue à 2 voies et plus.	**1608,34**	
1138309 101B06.1121	Perfusion, système actif en poste fixe, location du pousse-seringue à 1 voie. Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	**2,10**	
1122509 101B06.1122	Perfusion, système actif en poste fixe, location du pousse-seringue à 2 voies et plus. Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	**3,89**	
1140973 101B06.121	Perfusion, système actif en poste fixe, achat de la pompe programmable. Quel que soit le nombre de voies.	**1897,99**	
1171471 101B06.122	Perfusion, système actif en poste fixe, location de la pompe programmable. Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	**4,57**	

Paragraphe 2 : Système actif ambulatoire

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1130377 101B06.211	Perfusion, système actif ambulatoire, achat du pousse-seringue. Quel que soit le nombre de voies	**1364,42**	
1144681 101B06.212	Perfusion, système actif ambulatoire, location du pousse-seringue. Forfait journalier quel que soit le nombre de voies ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil.	**4,12**	
1187472 101B06.221	Perfusion, système actif ambulatoire, achat de la pompe programmable hors insuline. Quel que soit le nombre de voies.	**2980,38**	2980,38
1183333 101B06.222	Perfusion, système actif ambulatoire, location pompe programmable, hors insuline. Forfait journalier quel que soit le nombre de voies; le tarif comprend la maintenance de l'appareil. La prise en charge de cette référence n'est pas assurée pour l'administration d'insuline.	**9,15**	9,15

Paragraphe 3 : Accessoires à usage unique

CODE	NOMENCLATURE	Tarif en euros TTC	
	Ce sont tous les accessoires : les accessoires de remplissage du système ainsi que tous les		

	accessoires spécifiques. Les accessoires spécifiques sont: seringues pour le pousse-seringue, réservoir spécial avec tubulure(s) pour pompe ambulatoire, perfuseur et tubulure(s) pour pompe en poste fixe. Les accessoires sont fournis : - soit à l'unité et pris en charge à partir des justificatifs des sommes dépensées à concurrence du tarif de responsabilité ; - soit sous forme de set.		
1130420 101B06.31	Perfusion, système actif, accessoires à usage unique pour pousse-seringue. Accessoires à usage unique pour système actif adaptés au pousse-seringue, par voie et par perfusion. À concurrence de **15,24** €.	**15,24**	
1154739 101B06.321	Perfusion, système actif, accessoires à usage unique pour pompes fixes. Accessoires à usage unique pour système actif adaptés aux pompes fixes, par voie et par perfusion. À concurrence de **11,05** €.	**11,05**	
1199506 101B06.322	Perfusion, système actif, accessoires à usage unique pour pompes ambulatoires, hors insuline. Accessoires à usage unique pour système actif pour pompes ambulatoires, par voie et par perfusion, hors administration d'insuline. La prise en charge de cette référence n'est pas assurée pour l'administration d'insuline.	**35,06**	
1185020 101B06.4	Perfusion, système actif, forfait de mise à disposition, hors insuline. Forfait de mise à disposition du système actif pour le traitement à domicile du patient. Ce forfait comprend au minimum : - la livraison du matériel et des consommables ; - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire ; - la démonstration de l'utilisation du matériel ; - l'organisation d'une astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; - l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; - en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'un système actif de remplacement disposant des mêmes fonctions que le matériel initial ; - la récupération du matériel en fin de cure, son nettoyage, sa désinfection et sa révision technique. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait couvrant 4 semaines à compter du premier jour de la cure, quelle que soit la durée de la cure. Ce forfait est éventuellement renouvelable dans les mêmes conditions.	**83,85**	

	La prise en charge de ce forfait de livraison est subordonnée au caractère remboursable du système actif de perfusion à domicile.		

Paragraphe 4 : Pompes à insuline externes, portables et programmables

La prise en charge est assurée pour le diabète de type 1 ou de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous-cutanées d'insuline.

La prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable doit être réalisée dans un centre initiateur adulte ou pédiatrique, pour l'enfant, répondant aux cahiers des charges définis ci-dessous. Cette prescription est faite pour un maximum de 6 mois.

Le renouvellement de la prescription, également réalisé pour au maximum 6 mois, est effectué par un médecin spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou titulaire de la compétence ordinale en endocrinologie et métabolisme ou un médecin titulaire de la compétence ordinale en diabétologie et nutrition travaillant en concertation avec le centre initiateur. Chez les enfants, ce renouvellement sera effectué par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique.

La prescription doit préciser :
- la marque et le modèle de la pompe ;
- la marque et le modèle de consommable et le nombre nécessaire par mois.

Le prescripteur doit s'assurer de la compatibilité des consommables avec la pompe prescrite telle que attestée par le marquage CE.

Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être faite tous les ans dans un centre initiateur.

Toute prescription pour un changement de pompe, à l'achat ou à la location, doit être faite dans un centre initiateur. Ce changement ne peut pas intervenir avant 4 ans sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24.

Un centre initiateur pour adultes doit s'appuyer sur une équipe multiprofessionnelle formée, à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline.

Cette équipe est composée notamment de deux médecins spécialistes en endocrinologie et métabolismes, d'une infirmière et d'une diététicienne. L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.

L'équipe confirme l'indication du traitement par pompe conformément aux données relatives à la prise en charge et aux recommandations professionnelles de bonne pratique.

Au moins 10 débuts de traitement par pompe par an et au moins 25 patients suivis régulièrement après trois ans de fonctionnement sont nécessaires pour un niveau d'implication et de compétence suffisant du centre.

Les patients sont adressés au centre initiateur pour débuter le traitement après une période d'évaluation de la prise en charge et de discussion de l'indication par le diabétologue de suivi (document écrit).

Une astreinte médicale 24 heures sur 24 est assurée par l'équipe diabétologique du centre initiateur. Le centre doit disposer, en interne ou à proximité, d'une structure d'accueil des urgences diabétologiques.

Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes de son centre.

L'initiation au traitement requiert une formation intensive du patient en hospitalisation.

La structure multiprofessionnelle réalise une réévaluation annuelle de l'opportunité de la poursuite du traitement par pompe à insuline chez un patient donné.

Un centre initiateur pour adultes a 3 grandes missions qui sont l'initiation du traitement, la réévaluation annuelle et la formation des soignants.

L'équipe du centre initiateur pédiatrique doit être composée d'un pédiatre expérimenté en diabétologie, d'une infirmière ou puéricultrice formée à la prise en charge intensive du diabète, notamment à l'éducation thérapeutique, et au traitement par pompe à insuline et d'une diététicienne ayant une compétence dans le diabète de l'enfant.

L'équipe doit participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.

La structure pédiatrique d'initiation du traitement ambulatoire par pompe doit assurer le suivi simultané d'au moins 50 enfants diabétiques et le suivi d'au moins 5 enfants sous pompe au terme de deux ans de fonctionnement.

L'indication du traitement par pompe est posée par le centre initiateur pédiatrique après une période d'évaluation de la prise en charge.

L'initiation au traitement requiert une formation intensive en hospitalisation. Cette formation s'adresse à l'enfant mais également aux parents. Un programme structuré d'éducation concernant les pompes est élaboré et écrit, ainsi que des documents d'évaluation et de synthèse. Des documents écrits concernant les différents aspects de l'éducation au traitement sont remis au patient comme aux parents, notamment en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'incident et le schéma de remplacement, ainsi que la conduite à tenir lors des astreintes.

La structure travaille en coordination avec un secteur d'hospitalisation à proximité équipé pour l'accueil des urgences. Une astreinte médicale téléphonique est assurée 24 heures sur 24. Le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre expérimenté en diabétologie du centre initiateur pédiatrique ou d'une structure pédiatrique travaillant en concertation avec le centre initiateur pédiatrique selon l'organisation régionale. Le centre initiateur assure l'évaluation annuelle de ce traitement.

Dans les rares cas où il n'y aurait pas de centre initiateur pédiatrique dans une région, un centre initiateur pour adultes (tel que défini précédemment) pourrait être amené à prendre en charge un enfant, en collaboration avec une équipe pédiatrique régionale qui suit des enfants diabétiques (expertise diabète de l'enfant). Cette équipe doit néanmoins respecter les spécificités pédiatriques pour les indications, la phase préalable à l'indication, les contre-indications, les critères d'arrêt et d'évaluation annuelle.

Les prestataires doivent :
- être en mesure de présenter et assurer la formation technique du patient, à la demande du centre initiateur, de toutes les pompes prescrites par celui-ci ;
- respecter les règles de matériovigilance ;
- établir des procédures internes écrites.

La formation technique (initiale et continue) du patient ainsi que l'astreinte doivent être réalisées par un intervenant infirmier.

L'intervenant doit être formé à l'insulinothérapie ou « environnement médical » (formation validée par des experts cliniciens) et formé techniquement aux pompes à insuline par les

fabricants.

Il doit également participer au moins une fois par an à une formation continue sur les pompes.

CODE	NOMENCLATURE	Prix de cession (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1121332	Perfusion, système actif ambulatoire, location pompe programmable, insuline. Pompe à insuline externe programmable en ambulatoire. Forfait journalier ; le tarif comprend la maintenance de l'appareil. La prise en charge de cette référence est assurée pour l'administration de l'insuline.	2600,00	**3,50**	3,50	**15-06-2011**
1146183	Perfusion, système actif ambulatoire, forfait de formation technique initiale. Ce forfait comprend la formation technique individuelle d'initiation à l'utilisation de la pompe qui peut être faite par le prestataire, sur prescription du centre initiateur, si cette formation n'est pas réalisée par le centre initiateur. Elle a pour objectif d'assurer la maîtrise technique de l'utilisation de la pompe en toute sécurité et est réalisée en plusieurs temps. La prise en charge est assurée dans la limite d'un forfait par pompe. La formation technique initiale du patient doit contenir : 1. L'apprentissage du fonctionnement de la pompe avec l'apprentissage de réglages simples (piles, date, débit de base et bolus) et de réglages avancés (débits temporaires, bolus particuliers, utilisations d'alarmes de rappel, reprogrammation...) ; 2. L'utilisation des consommables (réservoir et cathéter) et la connaissance des règles de sécurité ; 3. L'attitude face aux alarmes et aux pannes du matériel ; 4. L'entretien courant du matériel ; 5. Les précautions d'utilisation ; 6. Les possibilités de port de pompe ; 7. Les connaissances de la procédure d'astreinte : différents numéros de téléphone, schéma de remplacement et kit d'urgence, rôle du prestataire ; 8. L'évaluation des connaissances à l'issue de la mise sous pompe. Cette formation technique initiale peut avoir lieu :		**403,00**	403,00	**15-06-2011**

	- chez le prestataire ; - au domicile du patient ; - au centre initiateur.				

1110908	Perfusion, système actif, cathéter et consommables associés pour pompe, insuline. Ce forfait comprend un cathéter et les autres consommables associés pour pompes à insuline. La prise en charge de cette référence est assurée pour l'administration de l'insuline.	17,53	**24,54**	24,54	**15-06-2011**

1188069	Perfusion, pompe externe à insuline, forfait mensuel. Ce forfait comprend au minimum : - la fourniture et la livraison des accessoires et la livraison des consommables ; - la fourniture de la notice d'utilisation du matériel et d'un livret patient comprenant les coordonnées du prestataire (comprenant entre autres le numéro d'astreinte technique) ainsi que le contenu de la prestation ; - l'organisation d'une astreinte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; - l'intervention, si nécessaire à domicile, dans les 12 heures suivant la demande, pour la maintenance et la réparation du matériel ; - en cas d'impossibilité de réparation dans les 24 heures, la fourniture d'une pompe de remplacement de même modèle, si nécessaire ; - la récupération, le nettoyage, la décontamination et la révision technique de la pompe selon les recommandations du fabricant ; - le retour d'information écrit au prescripteur sur le suivi des patients et les incidents ainsi que le compte rendu de toutes les interventions ; - un rappel régulier de la formation technique initiale du patient ainsi que la vérification du bon fonctionnement de la pompe. Ce rappel et cette vérification de la pompe seront réalisés par le prestataire au bout de 3 mois, puis tous les 6 mois, soit chez le prestataire, soit au domicile du patient. Cette intervention est justifiée au domicile pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et pour permettre la formation technique continue des personnes de l'entourage (dont l'intervention est nécessaire dans le traitement) et ayant également des difficultés à se déplacer. La formation est suivie d'une évaluation par le prestataire et d'un retour de l'information au prescripteur. Cette formation technique continue, réalisée par le prestataire, doit comprendre :		**174,50**	174,50	**15-06-2011**

	1. L'évaluation des connaissances du patient au début de la formation ainsi qu'à la fin ; 2. La reprise point par point de la formation technique initiale, en faisant refaire les manipulations par le patient ainsi que les règles de sécurité ; 3. La reprise de ce qui n'a pas été compris ; 4. La vérification de la pompe, son bon entretien et la bonne connaissance par le patient de la technique de reprogrammation ; 5. La vérification que le patient a toujours son schéma de remplacement ainsi que la date de péremption de l'insuline, du stylo et du kit d'urgence.				

Section 3. - Dispositifs médicaux pour autotraitement, autocontrôle et automesure

Sous-section 1 : Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie

La prise en charge de ces appareils est assurée, dans la limite d'une attribution tous les quatre ans, pour les diabétiques traités à l'insuline et/ou les malades atteints de rétinopathie diabétique.

Paragraphe 1 - Appareils pour lecture automatique de la glycémie

Pour être pris en charge, les appareils pour lecture automatique chiffrée de la glycémie doivent avoir fait la preuve de leur conformité au protocole décrit dans la partie spécifications techniques.
La preuve de cette conformité est attestée par un organisme reconnu compétent et indépendant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1101720 103A07	Autocontrôle, appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie.	**60,98**	60,98

Paragraphe 2 - Appareils pour lecture automatique de la glycémie et de la cétonémie

Code	Référence	Tarif (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1163891	Autocontrôle, app. lecture autom. glycémie/cétonémie, ABBOTT, OPTIUM XCEED. Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie OPTIUM XCEED. La prise en charge est assurée: - pour la mesure de la glycémie, chez les patients diabétiques traités à l'insuline et/ou les malades	**60,98**	60,98	**15-04-2012**

	atteints de rétinopathie diabétique; - pour la mesure de la cétonémie, dans le cadre d'un diabète de type 1 chez : · les patients porteurs de pompe à insuline; · les enfants, les adolescents jusqu'à 18 ans; · les femmes enceintes. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les quatre ans. La fréquence de la surveillance de la cétonémie varie suivant le type de patient. Chez les patients porteurs de pompe à insuline et chez les femmes enceintes en moyenne 1 surveillance/jour est nécessaire. Chez les enfants et les adolescents, environ 2 surveillances/semaine doivent être réalisées.			

Sous-section 2 : Autres dispositifs médicaux pour autocontrôle et autotraitement

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
	Appareil et accessoires utilisés par les diabétiques insulino-dépendants en vue d'effectuer les prélèvements sanguins capillaires dans le cadre d'une autosurveillance glycémique		
1117454 103A06.1	Autocontrôle, autopiqueur avec embase(s). Appareil autopiqueur, fourni avec embase(s) permettant le fonctionnement de l'appareil pendant une durée minimale d'un an.	**13,72**	13,72
1180665 103A06.11	Autocontrôle, 10 lancettes pour autopiqueur.	**0,80**	0,80
1101826	Autocontrôle, 100 lancettes pour autopiqueur.	**8,00**	8,00
1166100	Autocontrôle, 200 lancettes pour autopiqueur.	**16,00**	16,00
1186774 103A06.2	Autocontrôle, 100 lancettes avec système d'autopiqûre non réutilisable.	**11,49** €	
1142883	Autocontrôle, 200 lancettes avec système d'autopiqûre non réutilisable.	**22,98** €	

Produits pour l'autocontrôle du diabète

Pour l'estimation du sucre dans les urines

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1117307 103P02.11	Autocontrôle du sucre dans les urines, BAYER, clinitest, tube de 36 comprimés.	Bayer Diagnostics	**1,31**	1,31	**15-07-2006**
1147863 103P02.12	Autocontrôle du sucre dans les urines, BAYER, clinistix, étui carton 50 band. Étui carton 50 bandelettes.	Bayer Diagnostics	**1,74**	1,74	**15-07-2006**

Pour l'estimation de l'acétone dans les urines

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1180292 103P02.21	Autocontrôle de l'acétone dans les urines, BAYER, acetest, flacon 100 comprimés.	Bayer Diagnostics	**2,15**	2,15	**15-07-2006**

Pour l'estimation quantitative du glucose et des corps cétoniques dans l'urine

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1184309 103P02.31	Autocontrôle, glucose/corps cétoniques, urines, BAYER, kétodiastix, flacon 50 bandelettes. Flacon 50 bandelettes.	Bayer Diagnostics	**2,70**	2,70	**15-07-2011**
1154610 103P02.32	Autocontrôle, glucose/corps cétoniques, urines, ROCHE, kétodiabur, flacon 50 bandelettes. Flacon 50 bandelettes.	Roche Diagnostics	**8,23**	8,23	**15-07-2006**

Pour l'estimation quantitative du sucre dans le sang

CODE	LIBELLÉ	TARIF (en euros TTC) à/c du 01-02-2006	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC) à/c du 01-02-2006	TARIF (en euros TTC) à/c du 01-11-2006	PRIX LIMITE de vente au public (en euros TTC) à/c du 01-11-2006
1167498	Autocontrôle du sucre dans le sang, 5 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 5 bandelettes.	**2,00**	2,00	**1,97**	1,97
1173487	Autocontrôle du sucre dans le sang, 10 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 10 bandelettes.	**4,00**	4,00	**3,94**	3,94
1136894	Autocontrôle du sucre dans le sang, 50 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 50 bandelettes.	**20,00**	20,00	**19,70**	19,70
1186722	Autocontrôle du sucre dans le sang, 100 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 100 bandelettes.	**40,00**	40,00	**39,40**	39,40
1180441	Autocontrôle du sucre dans le sang, 150 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 150 bandelettes.	**60,00**	60,00	**59,10**	59,10
1187408	Autocontrôle du sucre dans le sang, 200 bandelettes, capteurs ou électrodes. Flacon 200 bandelettes.	**80,00**	80,00	**78,80**	78,80

Pour l'estimation quantitative des corps cétoniques

Société Abbott France

Pour l'estimation quantitative des corps cétoniques.
La prise en charge est assurée pour le diabète de type 1 chez :
- les patients porteurs de pompe à insuline ;
- les enfants, les adolescents jusqu'à 18 ans ;
- les femmes enceintes.

Code	Référence	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1177611	Autocontrôle de la cétonémie, ABBOTT, OPTIUM bêta CETONE B/10. Électrode OPTIUM TM bêta CETONE, la boîte de 10 électrodes + 1 électrode de calibrage.	**18,75**	18,75	**22-03-2014**

Mesure chez l'enfant

Codes	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1134560 103P02.51	Autocontrôle du sucre dans les urines chez l'enfant, flacon de 50 bandelettes.	**4,57**	4,57
1185467 103P02.52	Autocontrôle glucose et corps cétoniques chez l'enfant, flacon de 50 bandelettes	**5,72**	5,72

Seringue non réutilisable

Code	Nomenclature	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1129210	Autotraitement, seringue non réutilisable de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, boîte de 30. Seringue non réutilisable de 0,3 ml, 0,5 ml, ou 1 ml, modèle long, montée avec aiguille, conforme à la norme NF EN 8537. La prise en charge est assurée exclusivement dans les cas d'autotraitement par le patient lui-même pour l'administration d'insuline, d'hormone de croissance ou d'interféron.	**9,30**	9,30
1153059	Autotraitement, seringue non réutilisable de 0,3 ml, 0,5 ml ou 1 ml, boîte de 100. 100 seringues non réutilisables de 0,3 ml, 0,5 ml, ou 1 ml, modèle long, montée avec aiguille, conforme à la norme NF EN 8537. La prise en charge est assurée exclusivement dans les cas d'autotraitement par le patient lui-même pour l'administration d'insuline, d'hormone de croissance ou d'interféron.	**31,00**	31,00

Stylos injecteurs

À l'exception des stylos à réservoir, sans aiguille, pour lesquels la prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les trois ans, pour les stylos injecteurs avec

aiguille, la prise en charge est accordée:
Dans la limite d'une attribution par an pour l'administration :
- d'insuline;
- d'apomorphine dans le traitement de la maladie de Parkinson ;
- d'hormone de croissance uniquement en cas de renouvellement du stylo ;
- d'interféron.
Dans la limite d'une attribution maximale tous les deux ans, pour l'administration :
- d'hormone folliculo-stimulante recombinante (r-FSH).

Avec aiguilles

Génériques

CODE	NOMENCLATURE	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1132086 103S06.1	Autotraitement, stylo injecteur avec aiguilles à cartouches préremplies. Ce stylo est pris en charge sous réserve de l'inscription de la cartouche adaptée sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.	**45,74**	45,74
1140051 103S06.11	Autotraitement, aiguille adaptable au stylo non réutilisable et stérile.	**0,16**	0,16
1138077 103S06.111	Autotraitement, boîte de 100 aiguilles pour stylo.	**15,63**	15,63
1112391	Autotraitement, boîte de 200 aiguilles pour stylo (un collecteur d'aiguilles est fourni avec ce conditionnement)	**31,26**	31,26
1131690 103S06.2	Autotraitement, stylo injecteur avec aiguille et réservoir supérieur à 3 ml. Stylo injecteur avec aiguille et réservoir de plus de 3 ml (> 3 ml) non réutilisable et stérile	**45,74**	45,74
1121243 103S06.21	Autotraitement, ensemble stérile pour stylo injecteur avec aiguilles et réservoir. Ensemble stérile, réservoir et aiguilles adaptés pour l'emploi du stylo injecteur avec aiguille et réservoir de plus de 3 ml non réutilisable et stérile.	**2,29**	2,29

Société Organon SA

Code	Nomenclature	Société	Tarif (en euros TTC)	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge

1178220	Stylo injecteur r-FSH, PUREGON PEN, Organon SA. Stylo injecteur PUREGON PEN réutilisable conçu pour recevoir des cartouches de l'hormone r-FSH PUREGON 300 et 600 UI de la société Organon SA. La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution maximale tous les 2 ans.	ORGANON SA	**60,98**	60,98	**02-01-2012**

Sans aiguilles

Génériques

CODE	NOMENCLATURE	Tarif en euros TTC	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1194673 103S06.3	Autotraitement, stylo injecteur à réservoir sans aiguille.	**60,98**	60,98
1151675 103S06.31	Autotraitement, embout perforateur stérile adapté pour son emploi	**0,16**	0,16

Société Ferring SAS (France)

ZOMAJET 2 VISION et ZOMAJET VISION X sont des systèmes sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance Zomacton 4 mg (ZOMAJET 2 VISION) et 10 mg/ml (ZOMAJET VISION X) composés de 3 éléments :
- le stylo;
- la tête d'injection sans aiguille;
- l'adaptateur-flacon.

La prise en charge de ces systèmes sans aiguille est indiquée pour :
- le traitement à long terme des enfants présentant un retard de croissance lié à un déficit de sécrétion de l'hormone de croissance;
- le traitement à long terme d'un retard de croissance lié au syndrome de Turner, confirmé par l'analyse chromosomique.

La prise en charge de ces systèmes doit être conforme aux conditions de prescription et d'utilisation suivantes :

Zomacton est un médicament soumis à prescription restreinte dont les conditions de prise en charge relèvent de la procédure des médicaments d'exception. La prescription initiale est hospitalière, annuelle et réservée aux spécialistes en pédiatrie et/ou en endocrinologie et maladies métaboliques exerçant dans les services spécialisés en pédiatrie et/ou en endocrinologie et maladies métaboliques.

Les stylos ZOMAJET 2 VISION et ZOMAJET VISION X ne peuvent être prescrits que par ces mêmes spécialistes.

La tête d'injection peut être utilisée pour 7 transjections ou pendant une semaine, et doit ensuite être remplacée.

Pour ZOMAJET 2 VISION : l'adaptateur-flacon muni de son capuchon de protection peut être conservé au réfrigérateur 14 jours au maximum (durée de conservation de la solution reconstituée à 3,3 mg/ml de Zomacton). Pour chaque nouveau flacon de médicament, l'adaptateur doit être remplacé.

Pour le ZOMAJET VISION X: l'adaptateur-flacon muni de son capuchon de protection peut être conservé au réfrigérateur 28 jours au maximum. Pour chaque nouveau flacon de médicament, l'adaptateur doit être remplacé. Un adaptateur-flacon est inclus dans la boîte de la spécialité Zomacton 10 mg/ml.

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Prix limite de vente au public (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1119387	Stylo sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS. Stylo sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance Zomacton 4 mg, ZOMAJET 2 VISION, société FERRING SAS (France). La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 3 ans.	**150,00**	150,00	**23-05-2012**
1160533	Tête d'injection sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS, boîte de 13 têtes. Tête d'injection sans aiguille pour stylo sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION. La prise en charge de ces têtes d'injection est assurée dans la limite de 4 boîtes par an (soit 52 têtes d'injection par an).	**55,92**	55,92	**23-05-2012**
1196755	Adaptateur-flacon, ZOMAJET 2 VISION, FERRING SAS, boîte de 13 adaptateurs. Adaptateur-flacon pour stylo sans aiguille, ZOMAJET 2 VISION. La prise en charge de ces adaptateurs est assurée dans la limite de 7 boîtes par an.	**46,42**	46,42	**23-05-2012**
1152189	Stylo sans aiguille, ZOMAJET VISION X, FERRING SAS. Stylo sans aiguille pour transjection de l'hormone de croissance Zomacton 10 mg/ml, ZOMAJET VISION X, société FERRING SAS (France). La prise en charge est assurée dans la limite d'une attribution tous les 3 ans.	**150,00**	150,00	**23-05-2012**
1197602	Tête d'injection sans aiguille, ZOMAJET VISION X, FERRING SAS, boîte de 13 têtes. Tête d'injection sans aiguille pour stylo sans aiguille, ZOMAJET VISION X. La prise en charge de ces têtes d'injection est assurée dans la limite de 4 boîtes par an (soit 52 têtes d'injection par an).	**55,92**	55,92	**23-05-2012**
1150990	Adaptateur-flacon, ZOMAJET VISION X, FERRING SAS, boîte de 13 adaptateurs. Adaptateur-flacon pour stylo sans aiguille, ZOMAJET VISION X. La prise en charge de ces adaptateurs est assurée dans la limite de 3 boîtes par an.	**46,42**	46,42	**23-05-2012**

Sous-section 3 : Dispositifs médicaux pour automesure

Paragraphe 1 : Appareils pour automesure de l'INR

Les appareils pour automesure de l'INR chez les enfants âgés de moins de 18 ans traités par antivitamine K au long cours sont pris en charge notamment en cas de :
- Port de prothèses valvulaires mécaniques ;
- Dérivations cavo-pulmonaires ;
- Anévrisme artériel de la maladie de Kawasaki ;
- Hypertension artérielle pulmonaire ;
- Prévention des thromboses intracavitaires dans les cardiomyopathies ;
- Thromboses veineuses ou artérielles.

Ils doivent être réservés aux enfants. Les enfants et leurs parents doivent avoir reçu une éducation thérapeutique au traitement par antivitamine K et une formation à l'automesure.

La prescription, la formation et le suivi des patients doivent être assurés par un service de cardiologie ou de pédiatrie ayant une activité cardiopédiatrique congénitale. Ce service doit être formé à la prise en charge des traitements anticoagulants, notamment à l'éducation thérapeutique, et aux dispositifs d'automesure de l'INR. Il doit également disposer d'une astreinte disponible 24 h/24.

Concernant les enfants ayant une indication non cardiologique, la prescription, la formation et le suivi de ces patients peuvent être assurés par tout autre service d'un établissement hospitalier public ou privé présentant les mêmes prérequis que ceux cités ci-dessus ou, le cas échéant, travaillant en concertation avec la structure spécialisée définie ci-dessus.

La prescription du dispositif doit être accompagnée d'un courrier adressé au médecin traitant ainsi qu'au laboratoire d'analyses médicales qui réalise habituellement les contrôles de l'INR. Les coordonnées d'un référent hospitalier à contacter en cas de difficultés doivent être mises à disposition du patient et/ou de sa famille.

La formation initiale de l'enfant et/ou d'un membre de son entourage doit comprendre :
- une formation théorique aux traitements AVK et au remplissage du carnet de suivi aux AVK ;
- une formation pratique à l'autopiqûre, et notamment sur le prélèvement, et à l'utilisation du dispositif d'automesure.

À l'issue de cette formation, un contrôle avant délivrance des connaissances, théorique et pratique, doit être réalisé par le service référent.

Ce contrôle doit permettre de vérifier que la famille et/ou l'enfant ont bien compris les principes du traitement anticoagulant, du dispositif d'automesure, la formation pratique, et notamment la bonne qualité du prélèvement, ainsi que les personnes à contacter en cas d'alerte.

En cas d'échec, le formateur doit reprendre avec l'enfant et sa famille ce qui n'a pas été compris et réévaluer les connaissances.

Un contrôle continu des connaissances pour le renouvellement de la prescription des bandelettes doit être réalisé 12 semaines après la première délivrance puis tous les 6 mois. Ce contrôle doit être assuré par le service référent à l'origine de la formation initiale. À défaut, ce contrôle doit être organisé par un centre d'éducation et de suivi de l'anticoagulation (type « clinique d'anticoagulation ») formé à l'utilisation des dispositifs d'automesure de l'INR, et étant en relation avec le centre initiateur référent.

Les résultats de l'INR seront transmis au service référent.

Le médecin du service référent fera l'ajustement thérapeutique, indiquera au patient la date du prochain contrôle (par le lecteur d'automesure et/ou par la méthode traditionnelle en laboratoire) et en informera le médecin traitant des enfants.

Lorsqu'une structure organisée d'éducation et de suivi de l'anticoagulation, type clinique d'anticoagulation, est disponible, un travail en concertation avec cette structure doit être réalisé (notamment par l'envoi d'un courrier accompagnant la prescription du dispositif, la précision aux familles des coordonnées des intervenants impliqués dans le suivi du traitement anticoagulant...).

Les rythmes de mesure de l'INR, pour les patients chez qui est initié un traitement par AVK, sont les suivants :

- INR par automesure une fois par jour : de l'initiation du traitement jusqu'à la fin de la 3e semaine de traitement.

L'automesure sera associée durant cette période à un contrôle de l'INR une fois par semaine en laboratoire d'analyse médicale ;

- INR par automesure une fois par semaine : du premier jour de la 4e semaine de traitement jusqu'à la fin de la 15e semaine de traitement.

L'automesure sera associée durant cette période à un contrôle de l'INR une fois par mois en laboratoire d'analyse médicale ;

- INR par automesure toutes les deux semaines : à partir de la 16e semaine de traitement.

L'automesure sera associée de la 16e semaine à la fin de la 27e semaine à un contrôle de l'INR une fois par mois en laboratoire d'analyse médicale et à partir de la 28e semaine, à un contrôle tous les 6 mois en laboratoire d'analyse médicale.

Un contrôle par lecteur pourra être réalisé 48 heures après chaque changement de posologie, après un événement susceptible de modifier l'INR ou sur des signes évocateurs d'un mauvais ajustement.

La prise en charge est assurée pour les appareils suivants :

Société Roche Diagnostics (Roche)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1117129	Automesure de l'INR, lecteur COAGUCHEK XS, ROCHE. Le conditionnement comprend un étui, un lecteur COAGUCHEK XS, 4 piles alcalines de 1,5 V (alcalines au manganèse) de type AAA, un autopiqueur et 20 lancettes. La garantie du lecteur est de 2 ans. La prise en charge est assurée pour la référence 04625412017.	**1136,00**	1136,00	**15-04-2011**
1162147	Automesure de l'INR, bandelette-test, COAGUCHEK XS, ROCHE, boîte de 24. Les bandelettes sont conditionnées en sachets individuels. La prise en charge est assurée pour la référence 04625358.	**120,00**	120,00	**15-04-2011**

Société AAZ-LMB

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1175322	Automesure de l'INR, lecteur INRatio, AAZ-LMB. Le conditionnement comprend un étui, un lecteur INRatio, 4 piles alcalines de 1,5 V de type AA, un autopiqueur et 12 lancettes. La garantie du lecteur est de deux ans. La prise en charge est assurée pour la référence 0100252.	**1136,00**	1136,00	**15-04-2011**
1191960	Automesure de l'INR, bandelette-test, INRatio, AAZ-LMB, boîte de 12. Les bandelettes sont conditionnées en sachets individuels. La prise en charge est assurée pour la référence 0100071.	**60,00**	60,00	**15-04-2011**

Section 4. - Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence, le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique et pour l'appareil uro-génital

Sous-section 1 : Dispositifs médicaux pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés et pour le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique

Paragraphe 1 : Dispositifs médicaux pour incontinence urinaire masculine et féminine

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1171979 103A03.11	Incontinence masculine, étui pénien extensible en latex ou à base de silicone	**0,61** €	
1106516 103A03.12	Incontinence masculine, joint inerte	**0,91** €	
1167392 103A03.13	Incontinence masculine, raccord	**1,35** €	
1199802 103A03.14	Incontinence masculine, boîte de 5 étuis péniens, 5 joints et 1 raccord	**8,93** €	

1199305	Incontinence masculine, 15 étuis péniens et 15 joints.	**22,80** €	
1122018	Incontinence masculine, 15 étuis péniens, 15 joints et 3 raccords.	**26,79** €	
1123006	Incontinence masculine, 30 étuis péniens, 30 joints et 6 raccords.	**53,58** €	
1163017 103A03.15	Incontinence masculine, étui pénien extensible avec embout adaptable. Un étui pénien extensible, réalisé en matériau anallergique, autoadhésif, comprenant un embout adaptable directement sur la poche de recueil	**2,87** €	
1139964	Incontinence masculine, 30 étuis péniens extensibles avec embout adaptable. 30 étuis péniens extensibles, réalisés en matériau anallergique, autoadhésif, comprenant un embout adaptable directement sur la poche de recueil	**86,10** €	
1196264 103P04	Incontinence féminine, pessaire. Pessaire pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine.	**10,67** €	
1149543 103U01.1	Incontinence, urinal en caoutchouc, partie supérieure et poche. Urinal en caoutchouc complet, composé de deux parties distinctes : partie supérieure et poche.	**81,05** €	
1102300 103U01.2	Incontinence, partie supérieure d'un urinal en caoutchouc.	**35,96** €	
1136836 103U01.3	Incontinence, rallonge de nuit pour un urinal en caoutchouc.	**7,72** €	

Paragraphe 2 : Dispositifs médicaux pour incontinents ou stomisés urinaires

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1175090 103A03.211	Incontinence, stomie urinaire, poche de jambe ou de nuit, sans raccord. Poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeable, sans raccord.	**1,10** €	
1148124	Incontinence, sotmie urinaire, 30 poches de jambe ou de nuit, 30 raccords. 30 poches de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables avec 30 raccords non solidaires.	**73,50** €	
1153071 103A03.212	Incontinence, stomie urinaire, poche de jambe ou de nuit, avec raccord. Poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeable, avec raccord solidaire à la poche	**2,20** €	
1118270	Incontinence, stomie urinaire, 10 poches de jambe ou de nuit, avec raccord. 10 poches de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables, avec raccord solidaire à la poche	**22,00** €	
1139390	Incontinence, stomie urinaire, 30 poches de jambe ou de nuit, avec raccord.	**66,00** €	

	30 poches de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables, avec raccord solidaire à la poche		
1103819 103A03.22	Incontinence, stomie urinaire, raccord pour poche d'urostomie. Raccord pour poches d'urostomie adaptable à la poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeable, remboursable sur la base du code 1175090 (vendu en conditionnement séparé des poches de cette référence)	**1,88** €	
1107770	Incontinence, stomie urinaire, 10 raccords pour poche d'urostomie. 10 raccords pour poches d'urostomie adaptables à la poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables,	**18,80** €	
1103564	Incontinence, stomie urinaire, 60 raccords pour poche d'urostomie. 60 raccords pour poches d'urostomie adaptables à la poche de jambe ou de nuit avec valve antireflux, vidangeables,	**112,80** €	

Paragraphe 3 : Dispositif médicaux collecteurs pour recueil et écoulement des urines pour un volume inférieur ou égal à 200 ml (≤ 200 ml) ou supérieur à 200 ml (> 200 ml) pour stomisés urinaires

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
	La prise en charge des codes 1133625, 1168807, 1135506, 1155466, 1106700 et 1184752 n'est assurée que pour les patients ayant subi une néphrostomie.		
1133625 103A03.3111	Urostomie, collecteur des urines, poche stérile, volume ≤ 200 ml. Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume inférieur ou égal à 200 ml.	**2,57** €	
1168807	Urostomie, collecteur des urines, 30 poches stériles, volume ≤ 200 ml. Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume inférieur ou égal à 200 ml.	**77,10** €	
1135506 103A03.3112	Urostomie, collecteur des urines, poche stérile, volume > 200 ml. Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume supérieur à 200 ml.	**2,84** €	
1155466	Urostomie, collecteur des urines, 30 poches stériles, volume > 200 ml. Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, stérile, volume supérieur à 200 ml.	**85,20** €	
1163968 103A03.3121	Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile, volume ≤ 200 ml. Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, non stérile, volume inférieur ou égal à 200 ml.	**1,77** €	
1164040 103A03.3122	Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile, volume > 200 ml. Poche adhésive avec valve antireflux, vidable, non stérile, volume supérieur à 200 ml.	**1,99** €	
1145605	Urostomie, collecteur des urines, 30 poches non stériles et 30 raccords, volume > 200 ml. 30 poches adhésives avec valve antireflux, vidables, non stériles et 30 raccords, volume supérieur à 200 ml.	**116,10** €	
1106700 103A03.321	Urostomie, collecteur, des urines, poche stérile + anneau.	**2,38** €	

	Appareillage collecteur pour recueil et écoulement des urines : poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, stérile.		
1184762	Urostomie, collecteur, des urines, 10 poches stériles + anneau. Appareillage collecteur pour recueil et écoulement des urines : 10 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, stérile.	**23,80** €	
1131023 103A03.322	Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile + anneau. Poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, non stérile.	**1,99** €	
1194354	Urostomie, collecteur des urines, 20 poches non stériles + anneau + 20 raccords. 20 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, non stériles et 20 raccords.	**77,40** €	
1110021	Urostomie, collecteur des urines, 30 poches non stériles + anneau + 30 raccords. 30 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et valve antireflux, vidable, non stériles et 30 raccords.	**116,10** €	
1132554 103A03.34	Urostomie, collecteur des urines, poche non stérile avec support. Poche avec support de gomme intégré assurant, seul l'adhérence, vidable, non stérile, pour urostomisés.	**2,36** €	
1136316	Urostomie, collecteur des urines, 10 poches non stériles + support + 10 raccords. 10 poches avec support de gomme intégré assurant, seul l'adhérence, vidables, non stériles et 10 raccords, pour urostomisés.	**42,40** €	
1147260	Urostomie, collecteur des urines, 30 poches non stériles + support + 30 raccords. 30 poches avec support de gomme intégré assurant, seul l'adhérence, vidables, non stériles et 30 raccords, pour urostomisés.	**127,20** €	

Paragraphe 4 : Dispositifs médicaux pour stomisés digestifs

A - Dispositifs médicaux collecteurs de matières fécales

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
1152887 103A03.411	Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec adhésif. Appareil collecteur de matières fécales : poche avec adhésif non microporeux, vidable ou non vidable.	**0,88** €	

1140720	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches avec adhésif. Appareil collecteur de matières fécales : 50 poches avec adhésif non microporeux, vidables ou non vidables.	**44,00** €	
1109360	Digestif, collecteur de matières fécales, 100 poches avec adhésif. Appareil collecteur de matières fécales : 100 poches avec adhésif non microporeux, vidables ou non vidables.	**88,00** €	
1168954 103A03.412	Digestif, collecteur de matières fécales; poche système parachute. Poche système parachute avec adhésif microporeux vidable ou non vidable.	**1,56** €	
1113462 103A03.413	Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec anneau de fixation. Poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement vidable ou non vidable.	**1,41** €	
1175109	Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches + anneau sans filtre. 30 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement sans filtre intégré, non vidables.	**42,30** €	
1174009	Digestif, collecteur de matières fécales, 30 mini-poches + anneau sans filtre. 30 mini-poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement sans filtre intégré, non vidables.	**42,30** €	
1175167	Digestif, collecteur de matières fécales, poche + anneau + filtre. Poche avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré, vidable ou non vidable.	**1,52** €	
1175196	Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches + anneau + filtre, non vidables. 30 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré, non vidables.	**45,60** €	
1140772	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches + anneau + filtre, non vidables. 50 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et filtre intégré, non vidables.	**76,00** €	
1134777	Digestif, collecteur de matières fécales, poche + anneau + clamp, vidable. Poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et clamp, vidable.	**2,28** €	
1132287	Digestif, collecteur de matières fécales, 10 poches + anneau + clamp, vidables. 10 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et clamp, vidables.	**22,80** €	
1192645	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches + anneau + clamp, vidables. 50 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement et clamp, vidables.	**114,00** €	
1105043	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches + anneau + filtre + clamp. 50 poches avec anneau de fixation permettant l'emboîtement, filtre intégré et clamp, vidables.	**119,50** €	
1137801 103A03.414	Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec joint non adhésif. Poche avec joint non adhésif, vidable ou non vidable.	**1,26** €	
1135794 103A03.415	Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec joint et adhésif. Poche avec joint et adhésif, vidable ou non vidable.	**1,80** €	

1108515	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches, non vidables. 50 poches avec joint, adhésif, filtre intégré, non vidables.	**95,50** €	
1106539	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches, avec clamp, non vidables. 30 poches avec joint, adhésif, filtre intégré, clamp, vidables.	**83,40** €	
1138150	Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches, avec clamp, vidables. 50 poches avec joint, adhésif, filtre intégré, clamp, vidables.	**139,00** €	
1158111 103A03.416	Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec support de gomme. Poche avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, non vidable.	**2,39** €	
1130822	Digestif, collecteur de matières fécales, poche avec support de gomme + filtre. Poche avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre intégré, non vidable.	**2,50** €	
1108410	Digestif, collecteur de matières fécales, 30 poches avec support de gomme + filtre, non vidables. 30 poches avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre intégré, non vidables.	**75,00** €	
1116383	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 poches avec support de gomme + filtre, non vidables. 50 poches avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre intégré, non vidables.	**125,00** €	
1195460 103A03.51	Digestif, poche de recueil vidable. Poche de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, vidable.	**2,39** €	
1122521	Digestif, poche de recueil vidable et clamp. Poche de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et clamp, vidable.	**3,26** €	
1148058	Digestif, 10 poches de recueil vidables et 10 clamps. 10 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et clamp, vidables.	**32,60** €	
1133996	Digestif, 30 poches de recueil vidables et 30 clamps. 30 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et clamp, vidables.	**97,80** €	
1182227	Digestif, 30 poches de recueil vidables, 30 clamps et 30 filtres. 30 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, clamp et filtre, vidables.	**101,10** €	
1130839	Digestif, 50 poches de recueil vidables, 50 clamps et 50 filtres. 50 poches de recueil avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence, clamp et	**168,50** €	

	filtre, vidables.		
1118264 103A03.426	Digestif, collecteur de matières fécales, filtre. Ils est remboursé soit au titre d'accessoire, soit en complément du tarif de la poche lorsque 1e filtre est solidaire de celle-ci.	**0,11** €	
1181618	Digestif, collecteur de matières fécales, 50 filtres. Ils sont remboursés soit au titre d'accessoire, soit en complément du tarif de la poche lorsque 1e filtre est solidaire de celle-ci.	**5,50** €	

Société B BRAUN MEDICAL SAS (France) (B BRAUN)

La prise en charge est assurée pour les patients stomisés ayant un débit de selles liquides à haut débit avec présence de débris, dans les situations suivantes :
- de façon définitive : patients ayant subi une iléostomie, une jéjunostomie ou ayant un intestin grêle court et dans certaines colostomies ;
- de façon temporaire : patients ayant subi une iléostomie temporaire de un à quelques mois avant rétablissement de la continuité, et patients ayant des épisodes de débâcle (notamment après chimiothérapie) sur une colostomie pré-existante.

Ce système s'utilise en association avec le support standard ALMARYS TWIN + et la poche ventrale ALMARYS TXIN + haut débit. Les documents d'information doivent comporter obligatoirement les conditions de prise en charge.

Ce dispositif doit être changé en moyenne toutes les 72 heures.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

CODE	NOMENCLATURE	SOCIÉTÉ	TARIF (en euros TTC)	DATE DE FIN DE PRISE EN CHARGE
1176793	Digestif, collecteur de matières fécales, B BRAUN, 5 unités, FLOW COLLECTOR. Système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit, B BRAUN, FLOW COLLECTOR, les 5 unités.	B BRAUN MEDICAL SAS (France)	**26,25**	**14-03-2010**
1159100	Digestif, collecteur de matières fécales, B BRAUN, 15 unités, FLOW COLLECTOR. Système collecteur vidangeable pour selles liquides à haut débit, B BRAUN, FLOW COLLECTOR, les 15 unités.	B BRAUN MEDICAL SAS (France)	**78,75**	**14-03-2010**

B - Dispositifs médicaux collecteurs de matières fécales ou d'obturation de la stomie

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1120404	Digestif, collecteur matières fécales ou d'obturation stomie, bouchon avec filtre.	**1,31** €	

103A03.4323	Bouchon avec filtre fixé par un adhésif hydrofuge		
1199334	Digestif, collecteur matières fécales ou d'obturation stomie, 15 bouchons + filtre. 15 bouchons avec filtre fixés par un adhésif hydrofuge	**19,65** €	

Paragraphe 5 : dispositifs médicaux pour colostomisés pratiquant l'irrigation

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
	Une partie ou l'ensemble de ces produits peuvent être réunis dans un même conditionnement.		
1185214 103A03.4311	Colostomie, système pour irrigation, le réservoir. Appareillage pour colostomisés pratiquant l'irrigation. Système permettant de pratiquer l'irrigation : le réservoir.	**12,19** €	
1195098 103A03.4312	Colostomie, système pour irrigation, le régulateur de débit.	**5,17** €	
1182842 103A03.4313	Colostomie, système pour irrigation, le raccord de canule à bout conique.	**3,96** €	
1157910 103A03.4314	Colostomie, système pour irrigation, le support porte-manchon.	**2,58** €	
1116897 103A03.4315	Colostomie, système pour irrigation, la ceinture.	**3,61** €	
1132985 103A03.4316	Colostomie, système pour irrigation, le manchon.	**1,04** €	
1101565	Colostomie, système pour irrigation, 30 manchons.	**31,20** €	
1101230	Colostomie, système pour irrigation, 50 manchons.	**52,00** €	

Paragraphe 6 : Accessoires et dispositifs médicaux communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
1175144 103A03.441	Stomie, autre appareillage, tampon absorbant.. Tampon absorbant, interne avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence.	**2,65** €	
1136121	Stomie, autre appareillage, 10 tampons absorbants avec filtre. 10 tampons absorbants, internes avec support de gomme intégré assurant seul l'adhérence et filtre.	**27,60** €	

1145210 103A03.421	Collecteur, urines et matières fécales, support pour poche. Support pourvu d'une surface de gomme permettant l'adhérence d'une poche.	**3,02** €	
1186538	Collecteur, urines et matières fécales, 5 supports pour poche. 5 supports pourvu d'une surface de gomme permettant l'adhérence d'une poche.	**15,10** €	
1157531	Collecteur, urines et matières fécales, 20 supports pour poche. 20 supports pourvu d'une surface de gomme permettant l'adhérence d'une poche.	**60,40** €	
1126677 103A03.422	Collecteur, urines et matières fécales, support pour poche avec anneau de fixation. Support pourvu d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche.	**3,67** €	
1156997	Collecteur, urines et matières fécales, 5 supports pour poche + anneau. 5 supports pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche.	**18,35** €	
1131862	Collecteur, urines et matières fécales, 10 supports pour poche + anneau. 10 supports pourvus d'une surface de gomme avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche.	**36,70** €	
1110127 103A03.427	Collecteur, urines et matières fécales, support de poche de stomie non standard. Support pourvu d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard: stomies invaginées ou planes.	**5,18** €	,
1122231	Collecteur, urines et matières fécales, 5 supports poche de stomie non standard. 5 supports pourvu d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard: stomies invaginées ou planes.	**25,90** €	
1174274	Collecteur, urines et matières fécales, 10 supports poche de stomie non standard. 10 supports pourvu d'une surface de gomme, de forme convexe, avec anneau de fixation permettant le montage d'une poche, pour les stomies ne pouvant être appareillées par un dispositif standard: stomies invaginées ou planes.	**51,80** €	
1105965 103A03.424	Collecteur, urines et matières fécales, clamp.	**0,87** €	
1186410	Collecteur, urines et matières fécales, 10 clamps.	**8,70** €	
1155130	Collecteur, urines et matières fécales, ceinture.	**3,61** €	
1163069	Collecteur, urines et matières fécales, 2 ceinture.	**7,22** €	
1103587 103A03.425	Collecteur, urines et matières fécales, anneau de gomme de rechange.	**0,54** €	

1195566	Collecteur, urines et matières fécales, 10 anneaux de gomme de rechange.	**5,40** €	
1193610 103A03.61	Pâte pour protection péristomiale, tube de 60 g. ou sac de 10 barettes. Pâte en tube ou en barrettes. Le tube de 60 g ou le sachet de 10 barrettes modelables de 6 g.	**11,74** €	

Paragraphe 7 : Sondes vésicales

A - Sondes vésicales stériles non réutilisables pour autosondage et hétérosondage intermittent

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
	Ce sont des sondes sans ballonnet pour évacuation intermittente de l'urine. Le nombre journalier de sondes prises en charge dépend de la seule prescription médicale.		
1196011 103S04.111	Auto/hétérosondage, sonde vésicale stérile, PVC ou latex. Sonde en PVC droite ou béquillée, ou en latex.	**1,37** €	
1193797	Auto/hétérosondage, 10 sondes vésicales stériles, PVC ou latex. 10 sondes en PVC droites ou béquillées, ou en latex.	**13,70** €	
1169445 103S04.112	Auto/hétérosondage, sonde vésicale stérile, PVC ou polyuréthane. Sonde en PVC ou en polyuréthane avec traitement de surface hydrophile autolubrifiant.	**3,05** €	
1189287	Auto/hétérosondage, 10 sondes vésicales stériles, PVC ou polyuréthane. 10 sondes en PVC ou en polyuréthane avec traitement de surface hydrophile autolubrifiant.	**30,50** €	
1165186	Auto/hétérosondage, 30 sondes vésicales stériles, PVC ou polyuréthane. 30 sondes en PVC ou en polyuréthane avec traitement de surface hydrophile autolubrifiant.	**91,50** €	
1140909	Auto/hétérosondage, sonde vésicale stérile, PVC ou en polyuréthane + poche d'un volume > ou = 700 ml. Sonde en PVC ou en polyuréthane avec traitement de surface hydrophile autolubrifiante montée sur une poche de recueil immédiat, d'un volume minimal égal ou supérieur à 700 ml (= ou > 700 ml)	**4,12** €	
1130325	Auto/hétérosondage, 20 sondes vésicales stériles, PVC ou en polyuréthane + poche, > ou = 700 ml. 20 sondes en PVC ou en polyuréthane avec traitement de surface hydrophile autolubrifiante montée sur une poche de recueil immédiat, d'un volume minimal égal ou supérieur à 700 ml (= ou > 700 m1)	**82,40** €	
1111836	Auto/hétérosondage, 30 sondes vésicales stériles, PVC ou en polyuréthane + poche, > ou = 700 ml. 30 sondes en PVC ou en polyuréthane avec traitement de surface hydrophile autolubrifiante montée sur une poche de recueil immédiat, d'un volume minimal égal ou supérieur à 700 ml (= ou > 700 ml)	**123,60** €	
1155093 103S04.114	Auto/hétérosondage, accessoires stériles pose d'une sonde vésicale, tarif/jour. Accessoires stériles nécessaires à la pose de la sonde dans les conditions d'asepsie. Tarif pour une journée (à concurrence de 6,10 €). Ils comprennent, au minimum, pour un sondage, 2 compresses, 2 sachets de lubrifiant ou l'équivalent sous	**6,10** €	

	d'autres présentations. Ils sont fournis : - soit à l'unité ; - soit sous forme de set. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge des références 1189287, 1165186, 1130325, 1111836, 1169445 et 1140909.		

B - Sondes vésicales stériles non réutilisables pour sondage permanent

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
1111960 103S04.11	Sondage permanent, sonde vésicale stérile à ballonnet simple. Sonde à ballonnet simple courant en PVC, polyuréthane ou latex.	**4,73** €	
1165364 103S04.12	Sondage permanent, sonde vésicale stérile à ballonnet simple, 100 % silicone. Sondé à ballonnet simple courant, 100 % silicone.	**7,62** €	
1126460 103S04.1213	Sondage permanent, sonde vésicale stérile à ballonnet double. Sonde à ballonnet double courant en PVC, polyuréthane ou latex.	**6,25** €	
1146792 103S04.1214	Sondage permanent, sonde vésicale stérile à ballonnet double, 100 % silicone. Sonde à ballonnet double courant, 100 % silicone.	**10,21** €	
1181334 103S04.1221	Sondage permanent, sonde vésicale stérile sans ballonnet. Sonde sans ballonnet (par exemple : type Pezzer ou Malecot), en PVC, polyuréthane, latex ou caoutchouc.	**9,91** €	

C – Sondés pour cathétérisme sus-pubien

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
1113746 103S04.131	Sonde pour cathétérisme sus-pubien, 100 % silicone. ,-	**26,68** €	

D – Sondes vésicales réutilisables pour sondages intermittents

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
1176729 103S04.21	Sondage intermittent, sonde vésicale réutilisable, métallique.	**16,01** €	

E - Sondes d'urétérostomie cutanée pour stomisés urinaires

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
	Elles sont graduées et repérables aux rayons X ; elles sont livrées avec opercule.		
1154395 103S05.11	Urétérostornie, sonde cutanée 100 % silicone. Sonde 100 % silicone dit "de qualité médicale".	**32,62** €	
1186805 103S05.12	Urétérostomie, sonde cutanée 100 % silicone avec traitement anti-incrustation. Sonde 100% silicone dit "de qualité médicale implantable" ou "de "qualité médicale", mais ayant reçu un traitement anti-incrustation.	**42,70** €	
1170218 103S05.2	Urétérostomie, sonde cutanée, non 100 % silicone. Sondé non 100% silicone (sondes "siliconée", en PVC ou vinyle rouge).	**14,23** €	

Paragraphe 8 : Dispositifs médicaux pour obturation anale

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Laboratoires Coloplast France

La prise en charge est assurée pour l'incontinence fécale sévère par atteinte neurologique définitive.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1156780	Obturateur anal, Coloplast France, Peristeen Obtal, boîte de 20 obturateurs. La prise en charge est assurée pour l'incontinence fécale sévère par atteinte neurologique définitive.	**76,50**	76,50	**28-02-2010**

Paragraphe 9 : Dispositifs médicaux pour le traitement des troubles colorectaux par atteinte neurologique

Laboratoires Coloplast France (COLOPLAST)

La prise en charge est assurée pour les troubles colorectaux par atteinte neurologique, se traduisant par une constipation et/ou une incontinence fécale chroniques, rebelles au traitement médical bien conduit.

La prescription initiale doit être effectuée soit par un médecin de médecine physique et de réadaptation, soit par un gastro-entérologue, soit par un pédiatre. Le médecin traitant pourra prescrire le renouvellement de ce dispositif.

L'irrigation transanale pourra être effectuée tous les deux ou trois jours.

PERISTEEN doit être réservé aux patients ayant reçu une éducation à l'utilisation de ce dispositif, notamment à l'autosondage.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1139527	Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, système initial. Le système initial PERISTEEN comprend 1 unité de contrôle, 2 sondes rectales, 1 poche et 1 paire d'attaches de jambe. La prise en charge est assurée pour la référence 29121.	**119,22**	119,22	**15-09-2014**
1155928	Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, sondes rectales. Ce produit comprend 1 boîte de 15 sondes rectales + 1 poche. La prise en charge est assurée pour la référence 29122.	**197,47**	197,47	**15-09-2014**
1155495	Dispositif d'irrigation transanale, COLOPLAST, PERISTEEN, tubulures. Ce produit comprend une boîte de 2 tubulures avec connecteur. La prise en charge est assurée pour la référence 29125.	**20,36**	20,36	**15-09-2014**

Sous-section 2 : Dispositifs médicaux pour l'appareil uro-génital

Paragraphe 1 : Électrostimulateur neuromusculaire

CODE	NOMENCLATURE	TARIF en euros	
	La prise en charge est assurée : - après réalisation d'un bilan urodynamique avec tracé (cystomanométrie, et sphinctérométrie au minimum) effectué par un centre reconnu compétent ; - et après période probatoire de six à huit semaines avec contrôle post-thérapeutique réalisé à l'issue de cette période dans le même centre attestant l'efficacité du traitement. La. prise en charge de l'autotraitement à domicile n'est pas cumulable sur une même période, avec la prise en charge du même traitement en centre, ni avec celle de toute autre technique de rééducation périnéale. En cas de reprise du traitement par le centre lui-même, la prise charge en charge à domicile de l'appareil est suspendue:		
1189270	Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, achat.	**304,90** €	

101B07.1	Achat de (appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.		
1111701 101B07.2	Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, location hebdomadaire < ou = 26. Location hebdomadaire de l'appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne; limitée à 26 semaines.	**11,74** €	
1183014 101B07.3	Uro-génital, forfait annuel pour sonde ou électrode cutanée périnéale. La prise en charge est assurée sur facture à concurrence de **25,92** €. Elle est assurée pour les patients traités à domicile ou en cabinet. La prise en charge de ce forfait annuel est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil pour auto-traitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne.	**25,92** €	

Paragraphe 2 : Objets contraceptifs

Diaphragme

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1133915 103O01.1	Objectif contraceptif, diaphragme. Quelle que soit la taille	**3,14** €	

Dispositif intra-utérin ou stérilet avec inserteur, au cuivre

La prise en charge de ce dispositif est assurée pour la contraception intra-utérine.

Le design, les caractéristiques du fil de cuivre, la mémoire/flexibilité, la force de traction du corps plastique et la détection et teneur en sulfate de baryum de ce dispositif intra-utérin doivent être conformes aux spécifications de la norme NF EN ISO 7439 relative aux dispositifs intra-utérins contenant du cuivre.

Code	Référence	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge
1158536	Objet contraceptif, stérilet avec inserteur, au cuivre.	**30,50**	30,50	**15-01-2013**

Section 5. - Produits pour nutrition ou réhydratation et matériels d'administration

Sous-section 1 : Alimentation orale

Paragraphe 1 : Aliments diététiques sans gluten pour une quantité supérieure ou égale (≥) ou inférieure à (<)

Les aliments diététiques sans gluten sont pris en charge pour les patients, enfants et adultes, atteints de maladie coeliaque, identifiée, après biopsie digestive, comme affection de longue durée et nécessitant des soins continus de plus de six mois conformément à l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale.

Seuls sont pris en charge les aliments dits sans gluten :
- dont le taux de gliadine est conforme aux seuils définis dans le Codex Alimentarius ;
- et qui sont fabriqués et distribués par des sociétés conformes au référentiel d'assurance qualité HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) et ayant engagé une procédure de certification d'entreprise selon les normes EN 29001 ou EN 29002.

La prise en charge est assurée dans la limite de **33,54** € TTC par mois pour les enfants jusqu'à leur dixième anniversaire et de **45,73** € TTC par mois au-delà de cet âge.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1101909 103N02.1	Aliment sans gluten, farine, 100g. Participation à l'achat, pour 100 g de farine	**0,45** €	
1168380	Aliment sans gluten, farine, 500g. Participation à l'achat, pour 500 g de farine	**2,25** €	
1192220	Aliment sans gluten, farine, 1000g. Participation à l'achat, pour 1000 g de farine	**4,50** €	
1129061	Aliment sans gluten, farine, 3000g. Participation à l'achat, pour 3000 g de farine	**13,50** €	
1162680 103N02.2	Aliment sans gluten, pain, ≥ 100 g et < 150 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 100 g et inférieure à 150 g de pain	**0,48** €	
1101803	Aliment sans gluten, pain, ≥ 150 g et < 200 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 150 g et inférieure à 200 g de pain	**0,72** €	
1177545	Aliment sans gluten, pain, ≥ 200 g et < 250 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 200 g et inférieure à 250 g de pain	**0,96** €	
1122975	Aliment sans gluten, pain, ≥ 250 g et < 300 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 250 g et inférieure à 300 g de pain	**1,20** €	
1153208	Aliment sans gluten, pain, ≥ 300 g et < 350 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 300 g et inférieure à 350 g de pain	**1,44** €	
1102777	Aliment sans gluten, pain, ≥ 350 g et < 400 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 350 g et inférieure à 400 g de pain	**1,68** €	
1191858	Aliment sans gluten, pain, ≥ 400 g et < 450 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 400 g et inférieure à 450 g de pain	**1,92** €	
1160800	Aliment sans gluten, pain, ≥ 450 g et < 500 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 450 g et inférieure à 500 g de pain	**2,16** €	
1140045	Aliment sans gluten, pain, ≥ 500 g et < 600 g.	**2,40** €	

	Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 500 g et inférieure à 600 g de pain		
1141961	Aliment sans gluten, pain, ≥ 600 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 600 g de pain	**2,88** €	
1134866	Aliment sans gluten, pâtes, 250 g. Participation à l'achat, pour 250 g de poids sec de pâtes	**1,40** €	
1181050	Aliment sans gluten, pâtes, 500 g. Participation à l'achat, pour 500 g de poids sec de pâtes	**2,80** €	
1113210	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 40 g et < 50 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 40 g et inférieure à 50 g de biscuits	**0,51** €	
1110529	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 50 g et < 75 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 50 g et inférieure à 75 g de biscuits	**0,64** €	
1176741	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 75 g et < 100 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 75 g et inférieure à 100 g de biscuits	**0,96** €	
1199535	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 100 g et < 115 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 100 g et inférieure à 115 g de biscuits	**1,27** €	
1190557	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 115 g et < 125 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 115 g et inférieure à 125 g de biscuits	**1,46** €	
1127434	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 125 g et < 150 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 125 g et inférieure à 150 g de biscuits	**1,59** €	
1151497	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 150 g et < 165 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 150 g et inférieure à 165 g de biscuits	**1,91** €	
1114266	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 165 g et < 175 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 165 g et inférieure à 175 g de biscuits	**2,10** €	
1126542	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 175 g et < 200 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 175 g et inférieure à 200 g de biscuits	**2,23** €	
1118287	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 200 g et < 225 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 200 g et inférieure à 225 g de biscuits	**2,54** €	
1193998	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 225 g et < 250 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 225 g et inférieure à 250 g de biscuits	**2,86** €	
1100086	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 250 g et < 300 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 250 g et inférieure à 300 g de biscuits	**3,18** €	
1132548	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 300 g et < 400 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 300 g et inférieure à 400 g de biscuits	**3,81** €	
1120120	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 400 g et < 500 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 400 g et inférieure à 500 g de biscuits	**5,08** €	
1155331	Aliment sans gluten, biscuits, ≥ 500 g. Participation à l'achat, pour une quantité supérieure ou égale à 500 g de biscuits	**6,35** €	

Paragraphe 2 : Produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes

Aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS)

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales conformes à l'arrêté du 20-09-2000 modifié relatif aux ADDFMS modifié peuvent être pris en charge.
Pour tous les produits, l'étiquetage doit être conforme à la réglementation en vigueur.

La prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale (CNO) destinés aux adultes est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères de dénutrition suivants :
Pour les adultes de moins de 70 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou indice de masse corporelle (IMC) ≤ 18,5 (hors maigreur constitutionnelle).
Pour les adultes de plus de 70 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou IMC ≤ 21.
- ou mini nutritional assessment (MNA) ≤ 17 (/30) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

La composition protéique des produits pris en charge dans le cadre de la complémentation orale destinée aux adultes doit être la plus proche possible de la protéine de référence définie par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). L'ajout de peptides et/ou d'acides aminés n'est toléré que dans le but d'améliorer la valeur nutritionnelle et/ou les qualités organoleptiques du produit et uniquement dans les proportions nécessaires à l'obtention de ces effets.

Aucune recommandation n'est émise sur la composition de l'apport lipidique dans la mesure où la notion de complémentation nutritionnelle implique le maintien d'un certain niveau d'alimentation orale spontanée. Il n'est donc pas indispensable que les valeurs en TCL, TCM, en acides gras polyinsaturés / mono-insaturés / saturés et en oméga 3 et 6 soient proches des apports nutritionnels conseillés (ANC) des sujets sains.

Cependant, en cas d'alimentation exclusive par une complémentation nutritionnelle orale (situations rares chez l'adulte), les produits prescrits devront répondre aux exigences nutritionnelles qualitatives et quantitatives définies pour la nutrition entérale à domicile.
Aucune teneur en fibres n'est fixée.
La première prescription est effectuée pour un mois maximum. Cependant une réévaluation de l'observance après 2 semaines de traitement est recommandée chez les adultes.
Les renouvellements sont effectués pour 3 mois maximum après une réévaluation comprenant :
- le poids ;
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- le niveau des apports spontanés par voie orale ;
- la tolérance de la CNO ;
- l'observance de la CNO.

A. Mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques (mél. poly. normoprot. hyperénerg.) pour adultes

Les mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus et ayant des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :

Protéines :
Protéines entières animales ou végétales : 4,5 g/100 ml ou 100 g ≤ Teneur < 7 g/100 ml ou 100 g.
Energie : Valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g.
Lipides :
A base d'huiles végétales ou animales : 15 % ≤
Apport 45 % des apports énergétiques totaux (AET) du mélange.
Glucides :
Quantité suffisante pour (QSP) 100 % des AET du mélange.
Conditionnements :
100 à 150 grammes ou millilitres.
200 à 250 grammes ou millilitres.
300 à 350 grammes ou millilitres.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1137267	Nut. orale, adulte, mél. poly. normoprot. hyperénerg. > ou = 100 et < ou = 150, B/1. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**0,93**	0,93	**15-11-2014**
1118070	Nut. orale, adulte, mél. poly. normoprot. hyperénerg. > ou = 100 et < ou = 150, B/1. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**2,79**	2,79	**15-11-2014**
1169630	Nut. orale, adulte, mél. poly. normoprot. hyperénerg. < ou = 200 et > ou = 250, B/1. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**1,70**	1,70	**15-11-2014**
1128877	Nut. orale, adulte, mél. poly. normoprot. hyperénerg. > ou = 200 et < ou = 250, B/3. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**5,11**	5,11	**15-11-2014**
1153786	Nut. orale, adulte, mél. poly. normoprot. hyperénerg. > ou = 200 et < ou = 250, B/4. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**6,81**	6,81	**15-11-2014**

B. - Mélanges polymériques hyperprotidiques (mél. poly. hyperprot.) pour adultes

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets

âgés ayant une carence d'apport en protéines inférieure à 0,9 g/kg/jour.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Protéines :
Protéines entières animales ou végétales : Teneur ≥ 7 g/100 ml ou 100 g.
Lipides :
A base d'huiles végétales ou animales : 15 % ≤ Apport ≤ 45 % des AET du mélange.
Glucides : QSP 100 % des AET du mélange.
Energie :
Normoénergétique : 1 kcal/ml ou g ≤ valeur énergétique < 1,5 kcal/ml ou g.
Hyperénergétique : valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g.
Conditionnements :
100 à 150 grammes ou millilitres.
200 à 250 grammes ou millilitres.
300 à 350 grammes ou millilitres.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1128720	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 100 et < ou = 150, B/3. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**4,41**	4,41	**15-11-2014**
1198174	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 100 et < ou = 150, B/4. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**5,88**	5,88	**15-11-2014**
1107504	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 100 et < ou = 150, B/8. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 8 rations de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**11,76**	11,76	**15-11-2014**
1186018	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 200 et < ou = 250, B/1. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**1,97**	1,97	**15-11-2014**
1101306	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 200 et < ou = 250, B/3. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**5,91**	5,91	**15-11-2014**
1157560	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 200 et < ou = 250, B/4. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**7,89**	7,89	**15-11-2014**
1168776	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 200 et < ou = 250, B/6.	**11,83**	11,83	**15-11-2014**

	Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 6 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.			
1130800	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg .> ou = 300 et < ou = 350, B/1. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 300 g ou ml à 350 g ou ml.	**2,46**	2,46	**15-11-2014**
1178786	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. normoénerg. > ou = 300 et < ou = 350, B/5. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 5 rations de 300 g ou ml à 350 g ou ml.	**12,28**	12,28	**15-11-2014**
1167050	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 100 et < ou = 150, B/3. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**4,35**	4,35	**15-11-2014**
1188477	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 100 et < ou = 150, B/4 Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 100 g ou ml à 150 g ou ml.	**5,80**	5,80	**15-11-2014**
1117112	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 200 et < ou = 250, B/1. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**2,26**	2,26	**15-11-2014**
1151451	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 200 et < ou = 250, B/3. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**6,78**	6,78	**15-11-2014**
1160792	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 200 et < ou = 250, B/4. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**9,04**	9,04	**15-11-2014**
1197080	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, >ou = 200 et < ou = 250, B/6. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 6 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**13,56**	13,56	**15-11-2014**
1104612	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 300 et < ou = 350, B/1. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 300 g ou ml à 350 g ou ml.	**3,57**	3,57	**15-11-2014**
1145692	Nut. orale, adulte, mél. poly. hyperprot. hyperénerg, > ou = 300 et < ou = 350, B/4.	**14,28**	14,28	**15-11-2014**

	Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 300 g ou ml à 350 g ou ml.			

C. - Mélanges polymériques glucido-protidiques (mél. poly. glucidoprot.) pour adultes

Ces mélanges sont des produits dépourvus de lipides ou très pauvres en lipides, à base de fruits, de légumes ou d'arômes de fruits ou de légumes.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Protéines :
Protéines entières animales ou végétales : Teneur ≥ 3,75 g/100 ml ou 100 g.
Energie : Valeur énergétique ≥ 1,25 kcal/ml ou g.
Lipides :
A base d'huiles végétales ou animales : Apport < 5 % des AET du mélange.
Glucides : QSP 100 % du mélange.
Conditionnement : 200 à 250 grammes ou millilitres.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1121616	Nut. orale, adulte, mél. poly. glucidoprot. > ou = 200 et < ou = 250, B/1. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une ration de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**2,26**	2,26	**15-11-2014**
1195537	Nut. orale, adulte, mél. poly. glucidoprot. > ou = 200 et < ou = 250, B/3. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 3 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**6,78**	6,78	**15-11-2014**
1144238	Nut. orale, adulte, mél. poly. glucidoprot. > ou = 200 et < ou = 250, B/4. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 4 rations de 200 g ou ml à 250 g ou ml.	**9,04**	9,04	**15-11-2014**

D. - Protéines seules pour adultes

Ces produits sont destinés à l'enrichissement de l'alimentation des adultes. Il n'y a pas de spécificité liée à l'âge.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Protéines seules :
Protéines entières : Apport > ou = 95 % des AET du mélange.
Conditionnement : 200 à 500 grammes ou millitres.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1104262	Nutrition orale, adulte, protéines seules > ou = 200 et < ou = 250, B/1.	**9,96**	9,96	**15-11-2014**

	Protéines seules pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une boîte de 200 g ou ml à 250 g ou ml.			

1131827	Nutrition orale, adulte, protéines seules > ou = 300 et < ou = 500, B/1. Protéines seules pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement de 300 g ou ml à 500 g ou ml.	**17,87**	17,87	**15-11-2014**

E. - Glucides seuls pour adultes

Ces produits sont destinés à l'enrichissement de l'alimentation des adultes. Il n'y a pas de spécificité liée à l'âge.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Glucides seuls :
Maltodextrine : Apport > ou = 95 % des AET du mélange :
Conditionnement : 200 à 500 grammes ou millilitres.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1131810	Nutrition orale, adulte, glucides seuls > ou = 200 et < ou = 500, B/1. Glucides seuls pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une boîte de 200 g ou ml à 500 g ou ml.	**3,12**	3,12	**15-11-2014**

F. - Lipides seuls pour adultes

Ces produits sont pris en charge uniquement pour les malades avec malabsorption liquide et épanchements chyleux.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :
Lipides seuls :
Huiles ou margarines à base de triglycérides à chaînes moyennes (TCM) : Apport > ou = 95 % des AET du mélange.
Conditionnement : 450 à 1 000 grammes ou millilitres.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1168552	Nutrition orale, adulte, lipides seuls > ou = 450 et < ou = 1 000, B/1. Lipides seuls pour complémentation orale destinée aux adultes, conditionnement d'une boîte de 450 g ou ml à 1 000 g ou ml.	**16,88**	16,88	**15-11-2014**

Autres aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS)

Société Nestlé Clinical Nutrition (NESTLE)

La prise en charge est assurée pour la nutrition périopératoire des patients ayant une chirurgie digestive carcinologique majeure programmée :
- en préopératoire, chez tous ces patients quel que soit l'état nutritionnel ;
- en postopératoire, chez les patients dénutris.
La prescription doit être réalisée par :
- un oncologue ou un anesthésiste-réanimateur ;
- un gastro-entérologue ou un chirurgien digestif.

Pour la nutrition préopératoire
L'apport oral à domicile est à privilégier. La voie entérale est à utiliser quand la voie orale est impossible.
La durée proposée est de 7 jours.
Un apport moyen de 1 000 kcal/jour est recommandé en plus de l'alimentation spontanée.

Pour la nutrition postopératoire
La voie d'administration est en principe uniquement entérale. Un relais par voie orale peut être envisagé dans certains cas vers le cinquième jour postopératoire.
La durée ne doit pas être inférieure à 7 jours et doit être poursuivie jusqu'à reprise d'une alimentation orale assurant au moins 60 % des besoins nutritionnels.
Un apport moyen de 1 500 kcal/jour est recommandé.

Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :
Pour les adultes de moins de 75 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou IMC < 18,5 kg/m2 (hors maigreurs constitutionnelles non dénutries) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

Pour les adultes de plus de 75 ans :
- perte de poids ≥5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou IMC < 22 kg/m2 ;
- ou MNA ≤ 17 (/30) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

La prise en charge est assurée pour les nutriments suivants :

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1188738	Nutriment, groupe I, NESTLE, ORAL IMPACT POWDER, 5 sachets. La prise en charge est assurée pour la boîte de 5 sachets de 74 g chacun à reconstituer avec 250 ml d'eau. IMPACT POWDER est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits a été publiée en annexe I de l'arrêté d'inscription du 05-10-2006.	**24,00**	24,00	30-10-2010
1190280	Nutriment, groupe I, NESTLE, ORAL IMPACT, 3 briquettes. ORAL IMPACT, boîte de 3 briquettes de 237 ml et de 334 kcal chacune.	**24,00**	24,00	30-10-2010

	ORAL IMPACT est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits a été publiée en annexe I de l'arrêté d'inscription du 05-10-2006.			

Génériques (codes radiés au 01-03-2010 : voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)

*** Les nutriments du groupe 1, 2 et 3 sont pris en charge :**
- pour les malades atteints d'épidermolyse bulleuse dystrophique ou dermolytique ;
- pour les malades atteints de mucoviscidose ;
- pour les malades infectés par le VIH présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel.
- pour les malades atteints de tumeurs ou d'hémopathies malignes présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel.
- pour les malades atteints de maladies neuromusculaires présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel ou pour les enfants présentant une stagnation staturo-pondérale durant une période de 6 mois.

*** Les nutriments du groupe 1 B sont pris en charge :**
- pour les malades atteints d'allergie aux protéines du lait de vache, après réalisation d'un test d'éviction effectué dans un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection,
- pour les enfants souffrant de malformations foetales avec expression post-natale de lésions de la muqueuse intestinale.

*** les nutriments du groupe 4 sont pris en charge :**
- pour les patients atteints d'une allergie aux hydrolysats de protéine après consultation ou hospitalisation dans un service d'un établissement de santé comportant une activité spécialisée dans le suivi de cette affection.

Le tarif d'un conditionnement est égal au produit du nombre de rations qu'il contient par le tarif unitaire de la ration considérée.

Groupe 1

Le Groupe 1 comprend :
- Groupe 1 A : les mélanges polymériques ;
- Groupe 1 B : les mélanges de protéines hydrolysées, de glucides hydrolysés, de TCL (triglycérides à chaînes longues) et de TCM (triglycérides à chaînes moyennes).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	FIN DE VALIDITE
1102961 103N01.11	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 1 ration	**0,84** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1170632	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 2 rations	**1,68** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-

			2009)
1109874	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 4 rations	**3,36** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1170661	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 10 rations	**8,40** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1125459	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 12 rations	**10,08** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1176758	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 13 rations	**10,92** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1161780	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 15 rations	**12,60** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1156201	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 16 rations	**13,44** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1117106	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 17 rations	**14,28** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1182240	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 28 rations	**23,52** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1153823 103N01.12	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 1 ration	**1,40** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1155489	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 3 rations	**4,20** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1136842	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 4 rations	**5,60** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-

			2009)
1163201	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 6 rations	**8,40** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1108248	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 200 kcal et < 250 kcal, 8 rations	**11,20** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1129144 103N01.13	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 1 ration	**1,75** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1185645	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 3 rations	**5,25** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1144698	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 4 rations	**7,00** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1174624	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 6 rations	**10,50** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1109928	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 250 kcal et < 300 kcal, 8 rations	**14,00** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1126766 103N01.14	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 1 ration	**2,10** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1158370	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 3 rations	**6,30** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1141607	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 4 rations	**8,40** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1139510	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 5 rations	**10,50** €	01-03-2010

			(Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1165737	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 6 rations	**12,60** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1168345	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 300 kcal et < 540 kcal, 20 rations	**42,00** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1187874 103N01.15	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 540 kcal, 1 ration	**3,79** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1142854	Nutriments, groupe 1, ration ≥ 540 kcal, 6 rations	**22,74** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)

Groupe 2

Le groupe 2 comprend :
- les lipides seuls ;
- les hydrolysats glucidiques.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	FIN DE VALIDITE
1179521 103N01.21	Nutriments, groupe 2, ration ≥ 950 kcal et < 1500 kcal	**1,88** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1148845 103N01.22	Nutriments, groupe 2, ration ≥ 1500 kcal et < 8500 kcal	**2,97** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1126683 103N01.23	Nutriments, groupe 2, ration ≥ 8500 kcal	**16,85** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)

Groupe 3

Le groupe 3 comprend :
- les protéines seules.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	FIN DE VALIDITE
1154863	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 800 kcal et < 1500 kcal	**7,14** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1193768 103N01.31	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 1500 kcal et < 1700 kcal	**12,81** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1103860 103N01.32	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 1700 kcal et < 2700 kcal	**14,51** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1166843 103N01.33	Nutriments, groupe 3, ration ≥ 2700 kcal	**23,05** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)

Groupe 4

Le groupe 4 comprend :
- les mélanges d'acides aminés libres, de glucides hydrolysés, de TCL (triglycérides à chaînes longues) et de TCM (triglycérides à chaînes moyennes).

Code	Nomenclature	Tarif en euros	FIN DE VALIDITE
1195276 103N01.41	Nutriments, groupe 4, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 1 ration	**3,78** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)
1154372	Nutriments, groupe 4, ration ≥ 120 kcal et < 200 kcal, 13 rations	**49,14** €	01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 02-12-2009)

Sous-section 2 : Produits pour nutrition entérale et prestations associées

Paragraphe 1 : Prestations associées à la nutrition entérale à domicile

Conditions générales d'attribution

Pour être pris en charge, la prescription initiale d'un forfait de nutrition entérale à domicile doit être effectuée, pour une période de 14 jours, par :
- un médecin hospitalier public ou privé, pour les adultes ;
- un pédiatre ou un anesthésiste exerçant en pédiatrie dans un établissement de soins public ou privé, pour les enfants de moins de 16 ans.

Celui-ci détermine le niveau d'apport nutritionnel, informe le patient et son entourage du déroulement de la nutrition entérale à domicile et notamment des complications possibles.
Le premier renouvellement est effectué pour une durée maximale de 3 mois, par le service à l'origine de la prescription initiale, après une visite effectuée par le prestataire à la fin de la période initiale de 14 jours.
A la fin de la première période de 3 mois, une réévaluation est effectuée par le service à l'origine de la prescription initiale.
Les renouvellements ultérieurs ont lieu tous les 3 mois au cours de la première année et peuvent être effectués par le médecin.
Après la première année, les renouvellements ont lieu tous les ans lors de la réévaluation annuelle effectuée, soit par le service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.
En pédiatrie, le premier renouvellement est effectué à 3 mois par le prescripteur initial après une réévaluation. Les renouvellements suivants ont lieu au minimum tous les 6 mois et peuvent être effectués par le médecin en relation avec l'initiateur du traitement.

Les réévaluations comprennent :
- le poids ainsi que, chez les enfants, la taille et la maturation pubertaire ;
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- la tolérance de la nutrition entérale ;
- l'observance de la nutrition entérale ;
- l'évaluation des apports alimentaires oraux, le cas échéant.

La prescription inclut :
- les mélanges nutritifs (ADDFMS) ;
- les dispositifs médicaux d'administration (sondes, boutons) ;
- les prestations de première installation ou de renouvellement ;
- le pied à sérum mobile.

La prise en charge est assurée sur la base de trois forfaits dont deux hebdomadaires calculés de date à date non cumulables :
- un forfait de première installation (code 1153480) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoute aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe) ;

- un forfait hebdomadaire de nutrition entérale à domicile sans pompe (code 1111902) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service ;
- un forfait hebdomadaire de nutrition entérale à domicile avec pompe (code 1176876) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service.

Ces deux forfaits s'ajoutent aux codes de prise en charge des nutriments spécifiques à la nutrition entérale à domicile.
Ils peuvent également s'ajouter aux références :
- 1130578, 1193780 pour la délivrance des sondes naso-gastriques ou naso-entérales, 1154099 et 1152060 pour la délivrance des boutons de gastrostomie, 1168411 pour la délivrance des sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie ;
- 1129434 pour les paniers à perfusion, 1111782, 1146349, 1126128 et 1101312 pour le pied à sérum à roulettes en cas de forfait 1 et d'utilisation d'une pompe fixe dans le forfait 2.

Les prestataires doivent impérativement :
- respecter les règles de matériovigilance ;
- établir des procédures internes écrites conformes au cahier des charges et les transmettre aux services prescripteurs ;
- assurer une prestation de soins à domicile conforme à la prescription et dans le respect des spécifications ci-dessous fixées.

Le choix du prestataire est laissé au patient. Néanmoins le service à l'origine de la prescription initiale fournit une liste aux patients des prestataires dont les caractéristiques et les procédures internes répondent au cahier des charges de la LPPR défini ci-dessous.

Forfait de première installation

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1153480	Nutrition entérale, forfait de première installation : Ce forfait couvre la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoute aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe). La prestation de première installation est prescrite pour une durée de 14 jours et une seule fois pour un malade. 1. La coordination et l'organisation du retour à domicile du malade, en liaison avec le service à l'origine de la prescription. 2. Une visite d'installation le jour du retour du malade à domicile. Cette visite d'installation peut être faite par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. Elle se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. Elle inclut : - la formation, en complément de la formation hospitalière, avec le conseil, l'éducation et les explications au malade et à ses proches, y compris des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ; - la fourniture au malade d'un livret de NED et d'un carnet de suivi. 3. Un appel téléphonique dans les 48 heures à 72 heures, Un appel téléphonique dans les 48 heures à 72 heures, par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. 4. Une visite de fin de prestation de première installation des malades à domicile à 14 jours par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. La visite se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services ».	**178,00**	178,00	28-02-2014

Forfait 1 : sans pompe

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1111902	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité : Forfait 1, sans pompe ou par gravité : Il couvre : 1. La livraison des mélanges nutritifs et des dispositifs médicaux d'administration, le cas échéant, tous les 28 jours selon la prescription. 2. La livraison et la mise à disposition des consommables et accessoires tels que définis ci-dessous. 3. Une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7, au tarif local. 4. La gestion administrative du dossier du malade et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade. 5. Une visite de suivi à domicile par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. La visite se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services : - à 3 mois puis tous les 3 mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes chez l'adulte ; - à 6 semaines puis tous les 3 mois chez l'enfant. 6. La surveillance de la bonne utilisation des mélanges nutritifs (stockage, date de péremption, traçabilité...) et de leur consommation. 7. La participation à la coordination du suivi du malade avec les médecins (prescripteur et traitant) et les auxiliaires médicaux. 8. Une information écrite régulière (au moins trimestrielle) au prescripteur sur le suivi des patients, les éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions. Sont définis comme accessoires et consommables inclus dans le forfait avec leur fréquence de changement les dispositifs suivants : - tubulure avec molette manuelle pour une nutrition par gravité (1 par jour) ; - seringue à embout conique ou luer-lock de 60 ml (8 à 10 par mois) ; - seringue de 5 ml ou 10 ml, le cas échéant (10/mois) ; - obturateur pour sonde nasodigestive (4/mois) ; - connecteur pour sonde de stomie (4 par an) ; - poche à eau et sa tubulure, si une hydratation est nécessaire (8 par mois) ; - clamp (1 à 2 par an) ; - dispositif nécessaire à la fixation externe des sondes nasodigestives et des sondes de stomies ; - raccord sonde/seringue (4 par mois).	**61,13**	61,13	28-02-2014

Forfait 2 : avec pompe

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1176876	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit : Forfait 2, avec pompe ou régulateur de débit. Le régulateur de débit doit répondre aux spécifications minimales suivantes : - moteur entraînant une tubulure adaptée et commandant le débit de la nutrition entérale par un dispositif adapté, soit à galets rotatifs, soit à galets péristaltiques, soit volumétrique ; - réglage du débit par fraction de 5 ml à 10 ml/heure chez l'adulte et de 1 ml/h chez l'enfant ; - alarmes auditive et visuelle en cas d'anomalie de fonctionnement ; - un régulateur de débit est indiqué dans les situations suivantes : malades à risque de régurgitation ; - alimentation nocturne ; - alimentation en site jéjunal ; - malades gastrectomisés ; - trouble de la conscience sévère ; - maldigestion, malabsorption, troubles moteurs intestinaux ; - intolérance à la nutrition par gravité (diarrhée, reflux, inhalation et météorisme douloureux) ; - malades et entourage dans l'incapacité physique de gérer une NED par gravité ; - troubles de l'équilibre glycémique ; - enfant de moins de 16 ans. Le forfait 2 couvre : 1. La livraison des mélanges nutritifs et des dispositifs médicaux d'administration, le cas échéant, tous les 28 jours selon la prescription. 2. La livraison et la mise à disposition des consommables et accessoires tels que définis ci-dessous. 3. Une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7, au tarif local. 4. La gestion administrative du dossier du malade et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade. 5. Une visite de suivi à domicile, par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. La visite se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services à 3 mois puis tous les 3 mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes chez l'adulte. 6. La surveillance de la bonne utilisation des mélanges nutritifs (stockage, date de péremption, traçabilité...) et de leur consommation. 7. La surveillance de l'état du matériel tous les 3 ou 6 mois lors de la visite de suivi.	**83,24**	83,24	28-02-2014

	8. Le remplacement du matériel en cas de panne dans un délai de 12 heures. 9. La fourniture d'une deuxième pompe chez l'enfant sur prescription médicale. 10. La participation à la coordination du suivi du malade avec les médecins (prescripteur et traitant) et les auxiliaires médicaux. 11. Une information écrite régulière (au moins trimestrielle) au prescripteur sur le suivi des patients, les éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions. 12. La reprise du matériel au domicile et la désinfection. 13. L'installation du régulateur de débit et la formation au maniement du régulateur de débit, en cas de nutrition entérale nécessitant un régulateur de débit. Sont définis comme accessoires et consommables inclus dans le forfait avec leur fréquence de changement, les dispositifs suivants : - tubulure adaptée au régulateur de débit (1 par jour) ; - sac à dos et son crochet en cas de régulateur de débit portable ; - seringue à embout conique ou luer-lock de 60 ml (8 à 10 par mois) ; - seringue de 5 ml ou 10 ml, le cas échéant (10/mois) ; - obturateur pour sonde nasodigestive (4/mois) ; - connecteur pour sonde de stomie (4 par an) ; - poche à eau et sa tubulure, si une hydratation est nécessaire (8 par mois) ; - clamp (1 à 2 par an) ; - dispositif nécessaire à la fixation externe des sondes nasodigestives et des sondes de stomies ; - raccord sonde/seringue (4 par mois).			

Paragraphe 2 : Produits pour nutrition entérale à domicile

Seuls les aliments diététiques à des fins médicales spéciales (ADDFMS) conformes à l'arrêté du 20-09-2000 relatif aux ADDFMS modifié peuvent être pris en charge.
Pour tous les produits, l'étiquetage doit être conforme à la réglementation en vigueur.
La prise en charge des produits pour nutrition entérale à domicile destinés aux adultes est assurée :

1) Chez des malades dont la fonction intestinale est normale mais dénutris selon les critères de dénutrition suivants :
a. Pour les adultes de moins de 70 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou indice de masse corporelle (IMC) ≤ 18,5 (hors maigreur constitutionnelle).

b. Pour les adultes de plus de 70 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou IMC 21
- ou mini nutritional assessment (MNA) ≤ 17 (/30) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

c. Pour les enfants de moins de seize ans :
- un rapport poids/taille < 90 % ou un rapport taille/âge < 95 % ;

- une stagnation pondérale par classe d'âge selon les critères suivants :

Classe d'âge. Critères quantitatifs de stagnation pondérale :
0 à 6 mois : Prise de poids < 500 g/mois pendant ≥ 1 mois
6 à 12 mois : Prise de poids < 300 g/mois pendant ≥ 2 mois
12 à 36 mois : Prise de poids < 150 g/mois pendant ≥ 3 mois
3 à 6 ans : Poids bloqué pendant ≥ 3 mois ou perte de poids pendant ≥ 2 mois
6 à 16 ans : Poids bloqué pendant ≥ 6 mois ou perte de poids pendant ≥ 2 mois

2) Chez des malades ayant un risque significatif de dénutrition en raison d'une incapacité à couvrir ses besoins nutritionnels, en raison de la présence d'un ou plusieurs des trois mécanismes suivants :
- apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés ou mesurés ;
- hypermétabolisme et/ou hypercatabolisme ;
- syndrome de malabsorption.

Les besoins en macronutriments sont déterminés pour un apport nutritionnel quotidien minimum de 1 500 kcal, la nutrition entérale pouvant être exclusive.

A - Mélanges polymériques normoprotidiques (mél. poly. normoprot.) pour adultes

Les mélanges polymériques normoprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus et ayant des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :

Protéines : à base de protéines entières de lait et/ou de soja
12 % < Apport ≤ 16 % des AET du mélange

Energie : Hypoénergétique : 0,5 kcal/ml ≤ valeur énergétique ≤ 0,9 kcal/ml
Normoénergétique : 0,9 kcal/ml < valeur énergétique < 1,2 kcal/ml
Hyperénergétique : 1,2 kcal/ml ≤ valeur énergétique ≤ 1,6 kcal/ml

Lipides : à base d'huiles végétales ou animales
30 % ≤ Apport ≤ 35 % des AET du mélange
La composition lipidique doit permettre de couvrir les besoins en acides gras essentiels pour une nutrition entérale exclusive apportant au moins 1 500 kcal/jour.
Aucune recommandation n'est faite pour les teneurs en acides gras monoinsaturés, en acides gras saturés et en TCM.
Glucides : à base de polysaccharides
QSP 100 % des AET du mélange
Les produits doivent être sans lactose
Avec ou sans fibres, quelqu'en soit le type (solubles ou insolubles). Aucune donnée scientifique actuelle ne permet de déterminer la limite de l'apport en fibres.
Conditionnements : 500 ml, 1 000 ml et 1 500 ml

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge

1125695	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	**3,24**	3,24	28-02-2014
1108320	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 1 000 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	**6,48**	6,48	28-02-2014
1121600	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 1 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hypoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	**9,72**	9,72	28-02-2014
1164264	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	**3,38**	3,38	28-02-2014
1129747	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 1 000 ml. Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	**6,76**	6,76	28-02-2014
1100413	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 1 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	**10,14**	10,14	28-02-2014
1146071	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	**3,93**	3,93	28-02-2014
1191002	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, 1 000 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	**7,86**	7,86	28-02-2014
1128630	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg, 1 500 ml. Mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	**11,79**	11,79	28-02-2014

B - Mélanges polymériques hyperprotidiques (mél. ploly hyperprot.) pour adultes

Les mélanges polymériques hyperprotidiques sont particulièrement destinés aux malades définis ci-dessus présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets âgés ayant une carence d'apport en protéines inférieure à 0,9 g / kg / jour.
Pour être pris en charge, les produits doivent avoir une composition et un conditionnement répondant aux critères suivants :

Protéines : à base de protéines entières de lait et/ou de soja
16 % < apport ≤ 20 % des AET du mélange
Lipides : à base d'huiles végétales ou animales
30 % ≤ apport ≤ 35 % des AET du mélange
La composition lipidique doit permettre de couvrir les besoins en acides gras essentiels pour une nutrition entérale exclusive apportant au moins 1 500 kcal/jour.
Aucune recommandation n'est faite pour les teneurs en acides gras monoinsaturés, en acides gras saturés et en TCM.
Glucides : à base de polysaccharides
QSP 100 % des AET du mélange
Les produits doivent être sans lactose.
Energie : Normoénergétique : 0,9 kcal/ml < valeur énergétique < 1,2 kcal/ml
Hyperénergétique : ≤ 1,2 kcal/ml valeur énergétique ≤ 1,6 kcal/ml
Avec ou sans fibres, quel qu'en soit le type (solubles ou insolubles). Aucune donnée scientifique actuelle ne permet de déterminer la limite de l'apport en fibres.
Conditionnements : 500 ml, 1 000 ml et 1 500 ml

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1150523	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 500 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	**3,84**	3,84	**28-02-2014**
1134323	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 1 000 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	**7,68**	7,68	**28-02-2014**
1140482	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 1 500 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et normoénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	**11,52**	11,52	28-02-2014
1192007	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 500 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 500 ml.	**3,97**	3,97	28-02-2014
1124690	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 1 000 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 000 ml.	**7,94**	7,94	28-02-2014
1144920	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 1 500 ml. Mélange polymérique hyperprotidique et hyperénergétique pour nutrition entérale destinée aux adultes, conditionnement de 1 500 ml.	**11,91**	11,91	28-02-2014

C - Autres nutriments pour nutrition entérale pour adultes, les 500 ml

Société Nestlé Clinical Nutrition France SAS (Nestlé)

La prise en charge est assurée pour la nutrition périopératoire des patients ayant une chirurgie digestive carcinologique majeure programmée :
- en préopératoire, chez tous ces patients quelque soit l'état nutritionnel ;
- en postopératoire, chez les patients dénutris.
La prescription doit être réalisée par :
- un oncologue, ou
- un anesthésiste-réanimateur,
- un gastro-entérologue, ou
- un chirurgien digestif.

Pour la nutrition préopératoire :
L'apport oral à domicile est à privilégier. La voie entérale est à utiliser quand la voie orale est impossible. La durée proposée est de 7 jours. Un apport moyen de 1 000 kcal/jour est recommandé en plus de l'alimentation spontanée.

Pour la nutrition postopératoire :
La voie d'administration est en principe uniquement entérale. Un relais par voie orale peut être envisagé dans certains cas vers le cinquième jour postopératoire.
La durée ne doit pas être inférieure à 7 jours et doit être poursuivie jusqu'à reprise d'une alimentation orale assurant au moins 60 % des besoins nutritionnels.
Un apport moyen de 1 500 kcal/jour est recommandé.

Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :
a. Pour les adultes de moins de 75 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou IMC < 18,5 kg/m² (hors maigreurs constitutionnelles non dénutries) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

b. Pour les adultes de plus de 75 ans :
- perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ;
- ou IMC < 22 kg/m² ;
- ou MNA ≤ 17 (/30) ;
- ou albuminémie < 35 g/l.

La prise en charge est assurée pour les nutriments suivants :

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1156980	Nutrition entérale, NESTLÉ, nutriment standard, IMPACT ENTERAL. La prise en charge est assurée pour la poche de nutrition entérale de 500 ml.	**20,00**	20,00	01-03-2010 (Voir article 2 de

	IMPACT ENTERAL est placé sous statut de produit d'exception en application de l'article R. 165-1, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale. La fiche d'information thérapeutique, prévue au même article, correspondant à ces produits a été publiée en annexe I de l'arrêté d'inscription du 05-10-2006.			l'arrêté du 09-11-2009)

Société Abbott France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1198317 101D04.31	Nutrition entérale, ABBOTT France, nutriment standard, OSMOLITE.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1198091 101D04.31	Nutrition entérale, ABBOTT France, nutriment standard, JEVITY FOS.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1165683 101D04.31	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment standard, REALDIET STANDARD.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1150871 101D04.31	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment standard, REALDIET FIBRES.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1109957 101D04.31	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment standard, REALDIET LOW ENERGY.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-

				2009)
1108060	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment standard, REALDIET Pédiatrie Fibres.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1142535	Nutrition entérale LACTALIS, nutriment standard, REALDIET Pédiatrie Standard.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Fresenius Kabi France (Fresenius)

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1195075 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FREBINI STANDARD.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1115372 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FREBINI FIBRES.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1181506 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FRESUBIN ISO OU ORIGINAL. Nutriment FRESUBIN ISO ou FRESUBIN ORIGINAL.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1174676 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, FRESUBIN ISO/ORIGINAL FIBRES. Nutriment FRESUBIN ISO FIBRE ou FRESUBIN ORIGINAL FIBRES.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE

				VALIDITE
1109673 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS ISO.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1187220 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS FIBRES.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1199080 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS G.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1125270 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS JUNIOR.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1155800 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, MODULEN IBD.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1112793 101D04.31	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment standard, SONDALIS 0.75 PLUS.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1138440 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, NUTRODRIP DB OU NOVASOURCE DB.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1103417 101D04.31	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment standard, SANDOSOURCE OU NOVASOURCE. Nutriment SANDOSOURCE GI CONTROL ou NOVASOURCE GI CONTROL.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-

				2009)

Société Nutricia

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1103140 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON STANDARD.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1196784 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON PAEDIATRIC STANDARD.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1170224 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON MULTIFIBRE.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1161870 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON PAEDIATRIC MULTIFIBRE.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1180091 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON PRE.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1184054 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON L.E. Nutriment NUTRISON LOW ENERGY.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1157399 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRISON L.E MULTIFIBRE Nutriment NUTRISON LOW ENERGY MULTIFIBRE.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1195916 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRINI.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1117974 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, NUTRINI MULTIFIBRES.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1136730 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, Nutrini Max.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1175262 101D04.31	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment standard, Nutrini Max Multi Fibre.	**2,96**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Nutricia France

La prise en charge est assurée pour les nourrissons de moins d'un an, ou de moins de 8 kg, présentant une dénutrition ou chez lesquels l'alimentation orale est impossible, difficile ou insuffisante, ayant un tube digestif sain, nécessitant un apport volumétrique restreint et présentant, notamment, une des indications suivantes :
- pathologies malformatives (axe digestif et respiratoire) ;
- pathologies neurologiques ;
- séquelles de prématurité ;
- cardiopathies congénitales ;
- dermatoses sévères ;
- maladies hématologiques d'apparition précoce ;
- assistance nutritionnelle péri-opératoire des interventions chirurgicales lourdes.

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1171270	Nutrition entérale, NUTRICIA France, nutriment standard, les 100 ml, INFATRINI.	**1,00**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1137439	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment hyperénergétique, RealDiet HP Fibres.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Fresenius Kabi (Fresenius)

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1175049 101D04.32	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment hyperénergétique, MEGAREAL. Nutriment MEGAREAL, ou NOVASOURCE MEGAREAL.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1150380 101D04.32	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment hyperénergétique, MEGAREAL FIBRES. Nutriment MEGAREAL FIBRES ou NOVASOURCE MEGAREAL FIBRES.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1127180 101D04.32	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment hyperénergétique, FRESUBIN HP 750 MCT.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1165708 101D04.32	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment hyperénergétique, FRESUBIN ENERGY FIBRE.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1179923 101D04.32	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment hyperénergétique, FRESUBIN ENERGY.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Nutricia

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1112103 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRISON ENERGY.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1173330 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRISON MULTIFIBRE. Nutriment NUTRISON ENERGY MULTIFIBRE, les 500 ml.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1187696 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRISON PAEDIATRIC. Nutriment NUTRISON PAEDIATRIC ENERGY, les 500 ml.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1197542 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRISON PROTEIN +. Nutriment NUTRISON PROTEIN PLUS.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1156678 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRISON P+ MULTIFIBRE. Nutriment NUTRISON PROTEIN PLUS MULTIFIBRE	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1119631 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, STRESSON.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1196809 101D04.32	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, STRESSON MULTIFIBRE.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-

				2009)
1114119	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRINI ENERGY.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1197223	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, NUTRINI NRJ MULTIFIBRES. Nutriment NUTRINI ENERGY MULTIFIBRES.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1132502	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, Nutrini Max Energy.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1118241	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment hyperénergétique, Nutrini Max NRJ Multi Fibre.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Laboratoire Nestlé Clinical Nutrition France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1150931 101D04.32	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment hyperénergétique, SONDALIS HP.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1153102 101D04.32	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment hyperénergétique, SONDALIS HP FIBRES.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1129517 101D04.32	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment hyperénergétique, SONDALIS 1.5.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1172140 101D04.32	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment hyperénergétique, RESPALIS.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1163804 101D04.32	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment hyperénergétique, REALDIET HC.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1104339 101D04.32	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment hyperénergétique, REALDIET HP/HC.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Abbott France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1173688 101D04.32	Nutrition entérale, ABBOTT, nutriment hyperénergétique, OSMOLITE HN +. Nutriment OSMOLITE HN PLUS.	**3,20**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Mead Johnson

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1186403	Nutrition entérale, MEAD JOHNSON, nutriment hyperénergétique, PREGESTIMIL.	**3,20**		01-03-2010

101D04.32				(Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Lactalis Nutrition Santé (Lactalis)

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1163709	Nutrition entérale, LACTALIS, nutriment spécifique, REALDIET Peptide. La prise en charge est assurée dans les indications suivantes : - insuffisance pancréatique aiguë ; - grêles courts ; - maladies inflammatoires du grêle ; - syndromes de malabsorption sévère.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Nestle Clinical Nutrition France

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :
- insuffisance pancréatique aiguë ;
- grêles courts ;
- maladies inflammatoires du grêle ;
- syndromes de malabsorption sévère.

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1197275	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1185415	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN HN.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Fresenius Kabi France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1152769 101D04.33	Nutrition entérale, FRESENIUS, nutriment spécifique, SURVIMED OPD.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Nutricia

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1105497 101D04.33	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment spécifique, NUTRISON PEPTI.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1152019 101D04.33	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment spécifique, NUTRISON PEPTISORB.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)
1184427 101D04.33	Nutrition entérale, NUTRICIA, nutriment spécifique, NUTRISON PEPTI JUNIOR.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Laboratoire Nestle Clinical Nutrition France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1118962 101D04.33	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, REABILAN.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1174073 101D04.33	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, REABILAN HN.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

1175931 101D04.33	Nutrition entérale, NESTLE, nutriment spécifique, PEPTAMEN JUNIOR.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Société Abbott France

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	FIN DE VALIDITE
1169729 101D04.33	Nutrition entérale, ABBOTT, nutriment spécifique, PERATIVE.	**3,54**		01-03-2010 (Voir article 2 de l'arrêté du 09-11-2009)

Sous-section 3 : Dispositifs médicaux d'administration de la nutrition entérale

Paragraphe 1 : Bouton de gastrostomie et de jéjunostomie

La prise en charge est assurée exclusivement pour les patients traités à domicile ou en cabinet médical de ville.
La prise des références qui suivent peut être cumulée avec la prise en charge des forfaits hebdomadaires 1 (1111902) et 2 (1176876) de nutrition entérale à domicile.

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1154099	Nutrition entérale, bouton de gastrostomie ou de jéjunostomie et ses accessoires. Les accessoires sont le prolongateur et les seringues. Pour être pris en charge, il doit être en silicone ou polyuréthane avec une charrière 9 à 24. La prise en charge est assurée pour une nutrition entérale de moyenne ou longue durée (> 3 mois), chez les adultes ou les enfants ayant une vie active, sociale, professionnelle ou scolaire et qui pourront en tirer un bénéfice en termes d'esthétisme et de qualité de vie. Leur mise en place nécessite une maturation du trajet de stomie qui n'est obtenue que 2 mois au minimum après la pose de sonde initiale. La fréquence de changement recommandée est de 2 à 4 par an.	**243,92**	243,92	28-02-2014

1152060	Bouton de gastrostomie, prolongateur adaptable, renouvellement. Le renouvellement du prolongateur adaptable sur le bouton de gastrostomie est pris en charge une fois par semaine.	**11,43**	11,43	15-11-2013

Paragraphe 2 : Sondes pour nutrition entérale à domicile

A. - Sondes naso-gastrique ou naso-jéjunale pour nutrition entérale à domicile

La prise en charge de ces sondes est assurée pour la nutrition entérale de courte durée (< 3 mois) ou en cas de contre-indications ou d'impossibilité de mise en place d'une gastrostomie ou jéjunostomie.
Pour être prise en charge, la sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale peut être soit en silicone ou polyuréthane. Elle doit être radio-opaque avec une charrière de 6 à 14, lestée ou non, avec ou sans guide.
La sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale en polychlorure de vinyle (PVC) ne peut être utilisée que chez l'enfant de moins de 16 ans sous la condition qu'elle soit changée au moins toutes les 48 heures.
Les sondes en silicone ou en polyuréthane doivent être changées une fois par mois.
La prise en charge de la sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale est subordonnée au caractère remboursable des forfaits 1 et 2 de nutrition jéjunale à domicile prévus aux références 1111902 et 1176876.
La prise en charge de la sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale peut être cumulée avec la prise en charge des forfaits 1 (1111902) et 2 (1176876) de nutrition entérale à domicile.

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de prise en charge
1130578	Nutrition entérale, sonde en PVC naso-gastrique ou naso-jéjunale. La prise en charge n'est assurée que chez l'enfant de moins de 16 ans. La sonde en PVC doit impérativement être changée au moins toutes les 48 heures	**0,54**	0,54	28-02-2014
1193780	Nutrition entérale, sonde polyuréthane/silicone, naso-gastrique ou naso-jéjunale. Sonde en polyuréthane ou en élastomère de silicone. Il est recommandé de changer la sonde en silicone une fois par mois.	**5,30**	5,30	28-02-2014

B. - Sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie pour nutrition entérale à domicile

Pour être prises en charge, les sondes doivent être en silicone ou polyuréthane avec une charrière 9 à 24.
La prise en charge est assurée pour le remplacement d'une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie détériorée par l'usage (qu'elle ait été posée par voie percutanée endoscopique ou radiologique ou par voie chirurgicale).
Il est recommandé de changer une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie de 2 à 4 fois par an.
La prise en charge de la sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie peut être cumulée avec la prise en charge des forfaits 1 (1111902) et 2 (1176876) de nutrition entérale à domicile.

Code	Référence	Tarif (en euros)	PLV (en euros)	Date de fin de

				prise en charge

1168411	Nutrition entérale, sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, remplacement.	**40,00**	40,00	28-02-2014

Sous-section 4 : Solutés de réhydratation orale

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros)	Prix limite de vente au public TTC en euros
	Solutés de réhydratation orale. La prise en charge est assurée pour les nourrissons et enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhées aiguës. Seuls sont pris en charge les solutés de réhydratation orale ne contenant que des glucides (à l'exclusion du lactose), des électrolytes (sodium, potassium, chlore) et des agents alcalinisants (citrates ou bicarbonates). La prise en charge est subordonnée au respect des valeurs suivantes pour un sachet à dissoudre dans 200 ml d'eau: Sodium compris entre 50 et 60 mmol/l. Potassium compris entre 20 et 25 mmol/l. Agents alcalinisants: - citrates compris entre 8 et 12 mmol/l; - bicarbonates compris entre 24 et 36 mmol/l. Osmolarité comprise entra 200 et 270 mOsm/l. Seuls sont pris en charge les conditionnements contenant au moins 10 sachets.		
1175983 103S09	Le conditionnement	**6,20** €	6,20 €

Section 6. - Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur

Appareil pour rééducation par poulie-thérapie

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1101559	Appareil pour rééducation par poulie-thérapie, location hebdomadaire d'un ensemble	**8,84** €	

101C04.1			

Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1156684 103G02	Gilet de série pour contention et immobilisation scapulo humérale. Il est lavable et fait dans un matériau ne comportant pas d'éléments réputés allergiques. Il comporte un système d'accrochage obligeant à un bon maintien et une bonne contention. Il est livré en plusieurs tailles permettant l'adaptation à tous les stades.	**15,24** €	

Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1172766 102M01.11	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,10 m.	**0,45** €	
1135854 102M01.12	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,15 m.	**0,63** €	
1137600 102M01.13	Matériaux hydrodurcissables à base minérale, longueur 2 m, largeur 0,20 m.	**0,79** €	
1141346 102M02.11	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,13 m.	**0,67** €	
1120775 102M02.12	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,20 m.	**1,00** €	
1128624 102M02.13	Matériaux malléables en solvant organique, longueur 1 m, largeur 0,30 m.	**1,33** €	

Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments, à état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1142950	Matériaux thermoformables, plaque de 10 cm².	**0,04**	

102M03.1			
1146964	Matériaux thermoformables, plaque ≥ 900 cm² et < 1500 cm².	**3,60**	
1144161	Matériaux thermoformables, plaque ≥ 2250 cm² et < 3400 cm².	**9,00**	
1160964	Matériaux thermoformables, plaque ≥ 4400 cm².	**17,60**	

Résines liquides ou pâteuses polymérisables à température ambiante, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (≥ et <) aux dimensions suivantes

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1112250	Résines polymérisables, surface ≥ 450 cm² et < 1800 cm².	**0,68**	
1187147	Résines polymérisables, surface ≥ 1800 cm² et < 2700 cm².	**2,70**	
1146898	Résines polymérisables, surface ≥ 2700 cm² et < 3600 cm².	**4,05**	
1104776	Résines polymérisables, surface ≥ 3600 cm² et < 4500 cm².	**5,40**	
1120373	Résines polymérisables, surface ≥ 4500 cm².	**6,75**	

Tube jersey pour réalisation de ces appareils, pour une surface supérieure ou égale et inférieure (≥ et <) aux dimensions suivantes

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1189896	Tube jersey, surface ≥ 2500 cm² et < 3500 cm².	**0,80**	
1181529	Tube jersey, surface ≥ 3500 cm² et < 5000 cm²	**1,00**	

Protecteur de hanche

La prise en charge est assurée pour la prévention des fractures du col du fémur chez les sujets de 70 ans et plus séjournant dans un des établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

La prise en charge est assurée pour un ensemble constitué de trois slips adaptés, d'un protecteur pour le côté droit et d'un protecteur pour le côté gauche.

Le renouvellement de la prise ne charge ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de trois ans à compter de la précédente prise en charge.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	Tarif de responsabilité en euros	Prix limite de vente au public TTC en euros	Date de fin de prise en charge

Les codes 1125502 et 1170709 ont été supprimés par arrêté du 21-02-2008 (JO du 26-02-2008).

Solution viscoélastique d'acide hyaluronique pour injection intra-articulaire, de haut poids moléculaire (supérieur à 0,5 million de daltons)

La prise en charge est assurée exclusivement :

- pour les patients atteints de gonarthrose, après échec des antalgiques et échec ou intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ;

- dans la limite d'un traitement composé de trois injections à une semaine d'intervalle maximum par an et par genou ou d'une seule injection par an et par genou selon le produit.

Sa prise en charge est subordonnée :

- à la prescription et à la réalisation de l'injection intra-articulaire soit par un rhumatologue, soit par un chirurgien orthopédique, soit par un médecin de médecine physique et de réadaptation ;

- à la description des conditions d'utilisation et de prise en charge sur la notice du produit.

La prise en charge est assurée pour un conditionnement d'une boîte d'une ou trois seringues, chaque seringue contenant une dose minimale d'acide hyaluronique supérieure à 15 mg.

Elle est assurée pour les solutions viscoélastiques suivantes :

Code	Référence	Société	Tarif (en euros)		Date de fin de prise en charge
1149448 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, NORDIC PHARMA, SUPLASYN. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	Laboratoire NORDIC PHARMA	**100,00**		01-06-2009
1146697 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, CORNEAL, VISCORNÉAL ORTHO. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	Cornéal	**100,00**		01-06-2009
1177812 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, DAIICHI SANKYO, ADANT. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	Daiichi Sankyo France SAS (DAIICHI SANKYO)	**100,00**		01-06-2009
1112570 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, laboratoire GENEVRIER, SYNOVIAL.	Laboratoire Genévrier	**100,00**		01-06-2009

	Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.				
1166620 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, GENZYME SAS, SYNVISC. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues	Genzyme SAS	**100,00**		01-06-2009
1130495	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, GENZYME SAS, SYNVISC-ONE, B/1. Pour injection intra-articulaire. 1 seringue. La prise en charge est assurée dans la limite d'un traitement composé d'une seule injection par an et par genou.	Genzyme SAS	**76,00**		01-02-2014
1193739 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, LCA, ARTHRUM. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	LCA	**100,00**		01-06-2009
1115478 103S08	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, TRB CHEMEDICA SAS, OSTENIL. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	TRB CHEMEDICA SAS	**100,00**		01-06-2009
1173702	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, Croma Pharma, Synocrom Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de 3 seringues.	Croma Pharma	**100,00**		03-05-2009
1195342	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, Vita Research, Orthovisc. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de 3 seringues.	Vita Research	**100,00**		17-01-2010
1137155	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, Pierre Fabre, Structovial, B/3. Pour injection intra-articulaire. La boîte de 3 seringues dans la limite d'un traitement de trois injections par an.	Pierre Fabre Médicament (Pierre Fabre)	**100,00**		03-05-2009
1179886	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, Pierre Fabre, Structovial, B/1. Pour injection intra-articulaire. La boîte d'une seringue dans la limite d'un traitement de trois injections par an.	Pierre Fabre Médicament (Pierre Fabre)	**33,33**		03-05-2009
1126217	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, ROTTAPHARM, GO-ON, B/3. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	Rottapharm	**100,00**		01-07-2009
1160912	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, ROTTAPHARM, GO-	Rottapharm	**33,33**		01-07-2009

	ON, B/1. Pour injection intra-articulaire. 1 seringue.				
1104658	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, SMITH & NEPHEW, DUROLANE. Pour injection intra-articulaire. 1 seringue. La prise en charge est assurée dans la limite d'une injection par an et par genou.	Smith & Nephew Orthopaedics France SAS (Smith)	**76,00** €		02-01-2010
1114272	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, FERRING, EUFLEXXA, B/3. Pour injection intra-articulaire. L'ensemble de trois seringues.	Société Ferring SAS (Ferring)	**108,00**		01-02-2013
1131135	Solution viscoélastique, acide hyaluronique, FERRING, EUFLEXXA, B/1. Pour injection intra-articulaire. 1 seringue.	Société Ferring SAS (Ferring)	**36,00**		01-02-2013

Appareils pour le traitement des pseudarthroses

Société Smith & Nephew Orthopaedics France SAS (Smith)

La prise en charge est assurée pour le traitement des pseudarthroses à l'exception des localisations vertébrales et crâniennes, après échec d'un premier traitement chirurgical.

La prise en charge couvre l'ensemble du matériel nécessaire pendant la durée d'un traitement complet.

Aucun renouvellement de prise en charge n'est assuré.

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1197743	Générateur d'ultrasons pulsés, SMITH, EXOGEN 4000+.	**1969,00**	1969,00	**02-01-2010**

Société Orthofix SA

La prise en charge est assurée pour le traitement des pseudarthroses aseptiques alignées ou faiblement désaxées avec ou non présence de matériel d'ostéosynthèse (absence de consolidation de fragments osseux au-delà d'une période de six mois), exclusion faite des vertèbres et de tous les os plats, lorsque la distance inter-fragmentaire est inférieure à la moitié de la plus faible épaisseur de l'os.

La prise en charge comprend le matériel nécessaire pour couvrir l'ensemble du traitement qui est d'une durée minimale de trois mois et ne peut excéder six mois. L'appareil doit être utilisé au minimum trois heures par jour par le patient.

La prescription est réservée aux chirurgiens orthopédistes et traumatologues.

La prise en charge est assurée pour les générateurs suivants :

Code	Référence	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC	Date de fin de prise en charge
1191723	Générateur champs électromagnétiques pulsés, ORTHOFIX SA, PHYSIO-STIM LITE. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 202 LR, 202 LCE, 313 LCE, 314 LCE, 215 LCE, 303 LR, 303 LCE, 404 LR et 404 LCE.	**1969,00**	1969,00	**02-01-2010**
1170193	Générateur champs électromagnétiques pulsés, ORTHOFIX SA, PHYSIO-STIM. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 3202CE, 3303CE, 3313CE, 3314LCE, 3314RCE et 3315CE.	**1969,00**	1969,00	**02-01-2010**

Section 7. - Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers

Sous-section 1 : Appareils de photothérapie et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie de Crigler-Najjar de type 1 pour les malades de taille inférieure (<) à 1 mètre et supérieure ou égale (> ou =) à 1 mètre

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1199185 103P05.1	Appareil de photothérapie pour les malades de taille < un mètre.	**2271,49** €	
1113373 103P05.2	Appareil de photothérapie pour les malades de taille > ou = un mètre.	**4421,02** €	
1180464 103P05.3	Lampe pour appareil de photothérapie. La prise en charge est assurée dans la limite maximale d'un lot de 9 lampes tous les cinq mois.	**28,97** €	
1121119 103P05.4	Bilirubinomètre transcutané.	**3933,18** €	
1137184 103P05.5	Forfait mensuel d'électricité pour appareil de photothérapie. Forfait destiné à couvrir les frais d'électricité.	**6,10** €	

Sous-section 2 : Appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles et consommables

La prise en charge de ces appareils est assurée pour les patients atteints de douleurs neurogènes d'origine périphérique.

La prise en charge est subordonnée à :
* la réalisation d'un test d'efficacité de la technique selon une échelle d'évaluation de la douleur, dans une structure de lutte contre les douleurs chroniques rebelles répondant aux critères de la circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 07-01-1994 et figurant sur la liste tenue par, les agences régionales de l'hospitalisation conformément à la circulaire n° 98 / 47 DGS/DH du 04-02-1998.
* la prescription et le suivi de l'efficacité de la technique à un mois, trois mois et six mois par l'équipe de la structure de lutte contre la douleur chronique rebelle qui a initialisé la technique.

La prise en charge est assurée à la location pendant une durée de six mois à compter de la date de la prescription initiale, puis à l'achat en cas d'efficacité de la technique avérée par les résultats de l'échelle d'évaluation de la douleur du patient.

Le renouvellement de la prise en charge à l'achat est assuré après prescription par une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle. Il ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la précédente prise en charge à l'achat du neurostimulateur, lors de détérioration de l'appareil.

La prise en charge n'est assurée que pour les appareils générateurs de courant constant avec ondes biphasiques asymétriques compensées, double canal comportant une possibilité de modulation et d'effet Burst.

Appareil de neurostimulation transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1189940 101B09.1	Neurostimulation électrique transcutanée, location mensuelle de l'appareil. La tarif couvre la fourniture de l'appareil, des deux câbles, d'une pile et de quatre électrodes souples à filaments d'acier.	**12,20** €	
1183468 101B09.2	Neurostimulation électrique transcutanée, achat de l'appareil fourni avec deux câbles.	**112,05** €	

Consommables nécessaires à l'utilisation de l'appareil de neurostimulation transcutanée

Code	Nomenclature	Tarif en euros	
1121987 101B09.3	Neurostimulation électrique transcutanée, électrode silicone graphite, lot de 4. La prise en charge est assurée dans la limite d'un lot maximum par an. Elle est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.	**9,45** €	

1126513 101B09.4	Neurostimulation électrique transcutanée, gel, pose électrode silicone graphite. La prise en charge n'est assurée que pour la pose d'électrode en silicone graphite et dans la limite d'un tube maximum tous les deux mois. Elle est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.	**3,05** €	
1134240 101B09.5	Neurostimulation électrique transcutanée, électrodes souples. Électrodes souples, autocollantes avec fils d'acier, le lot de quatre électrodes. La prise en charge est assurée dans la limite d'un lot maximum tous les 15 jours. Elle est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.	**5,18** €	

Sous-section 3 : Médicaments devenus dispositifs médicaux depuis le 14-06-1998.

Code	Référence	Société	Tarif en euros		Date de fin de prise en charge
1184255 103M01	Alginate de calcium, tampon de 0,4 g, BROTHIER, COALGAN, boîte de 5. Tampon hémostatique local d'alginate de calcium, tampon de 0,4 g d'alginate de calcium. La prise en charge est assurée pour les épistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients présentant des troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis.	Laboratoires BROTHIER	**2,00**		**15-07-2009**
1125092 103M01	**Trophiderm**, poudre stérile, flacon de 4 g	Laboratoires BROTHIER	**2,38**		**15-07-2006**
1147366 103M01	**Debrisan**, poudre 60 g, 1 flacon	Laboratoires UPJOHN PHARMACIA	**25,96**		**15-07-2006**
1175760 103M01	**Debrisan**, pâte 10 g, 3 sachets	Laboratoires UPJOHN PHARMACIA	**13,66**		**15-07-2006**
1110073 103M01	**Debrisan**, pâte 10 g, 10 sachets	Laboratoires UPJOHN PHARMACIA	**41,48**		**15-07-2006**
1151126	**Sparaplaie NA**, pansement, conditionnement 1 m x 6 cm	Laboratoires URGO	**2,45**		**15-07-2006**

103M01					

1146763 103M01	**Sparaplaie NA**, pansement, conditionnement l m x 8 cm .	Laboratoires URGO	**2,91**		**15-07-2006**

1160600 103M01	Solution d'irrigation, AGUETTANT, VESIRIG 0,9 %, boîte 5 unités × 250 ml. La prise en charge est assurée pour l'irrigation vésicale chez les patients ayant une cystectomie totale avec dérivation urinaire continente.	Laboratoires AGUETTANT	**9,30**		**15-07-2011**

1118465 103M01	**Mediplaie**, pansement, boîte de 10 pansements de 10 cm x 6 cm	Laboratoires POLIVE	**2,06**		**15-07-2006**

1146645 103M01	**Uro-Tainer Suby G**, solution d'irrigation, poches de 100 ml, boîte de 10	Laboratoires B. BRAUN	**18,68**		**15-07-2006**

Sous-section 4 : Articles divers

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif (en euros TTC)	Prix limite de vente au public (en euros TTC)
1192869 103H01	Dispositifs stérile de recueil des saignées et accessoires. Le tarif couvre une poche ou un flacon de recueil et une tubulure avec aiguille. La prise en charge est assurée dans le traitement des malades atteints d'hémochromatose, de polyglobulie vraie et de forme sévère de drépanocytose. Elle est assurée exclusivement pour les patients traités à domicile.	**10,00**	10,00
1180837 103A01	Aiguille sertie pour suture.	**2,29** €	
1197810 103S01.1	Seringue hypodermique en cristal, 1 ml.	**0,53** €	
1169008	Seringue hypodermique en cristal, 2 ml.	**0,53** €	

103S01.2			
1134091 103S01.3	Seringue hypodermique en cristal, 3 ml.	**0,53** €	
1170260 103S01.4	Seringue hypodermique en cristal, 5 ml.	**0,69** €	
1123271 103S01.5	Seringue hypodermique en cristal, 10 ml.	**0,79** €	
1163773 103S01.6	Seringue hypodermique en cristal, 20 ml.	**1,09** €	
1110541 103S02	Seringue de 2 ml avec aiguille hypodermique et aiguille de remplissage. La prise en charge de cet ensemble est assurée uniquement pour les patients traités par hormone de croissance .	**0,30** €	
1155064 103T01.1	Tire lait simple	**0,67** €	
1183534 103T01.2	Tire lait double	**1,17** €	
1105712 101C12.1	Tire lait électrique réglable à dépression, location hebdomadaire	**12,07** €	
1140252 101C12.2	Tire lait, achat de la téterelle, du biberon et du tube de raccordement	**6,04** €	

Solution pour pulvérisations endobuccales pour le traitement de la xérostomie ou de l'hyposialie

La prise en charge de la solution pour pulvérisations endo-buccales est assurée pour le traitement symptomatique chez l'adulte des hyposialies ou asialies iatrogènes, qu'elles soient d'origine médicamenteuse ou post-radiothérapique.

La prise en charge est assurée pour la solution pour pulvérisations endobuccales suivante:

Laboratoire Eisai SAS

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1100034	Solution pour pulvérisations endobuccales, EISAI, AEQUASYAL, 400 doses. Flacon aluminium de 40 ml avec pompe doseuse de 0,1 ml.	**12,86**	12,86	**28-02-2011**

Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18% pour usage ophtalmologique

La prise en charge de la solution oculaire de hyaluronate de sodium est assurée pour le traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche, en troisième intention après échec des substituts lacrymaux de faible viscosité et des gels.

La prise en charge n'est assurée qu'en cas de prescription par un ophtalmologiste après diagnostic de kératite ou de kératoconjonctivite sèche, notamment par un test colorimétrique réalisé à lampe à fente.

La prescription initiale ne peut pas excéder 6 mois de traitement.

Le renouvellement de la prise en charge n'est assuré qu'après examen ophtalmologique.

La prise en charge est assurée pour les solutions suivantes :

Société Horus pharma (HP)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1163922	Solution hyaluronate sodium 0,18%, Horus, VISMED, boîte de 20 unidoses 0,3 ml. Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18%, HP, VISMED en boîte de 20 unidoses de 0,3 ml de la société Horus Pharma.	**3,25**		**15-03-2011**
1132471	Solution hyaluronate sodium 0,18%, Horus, VISMED, flacon 10 ml, B/1. Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18%, VISMED, boîte d'un flacon multidoses sans conservateur de 10 ml de la société Horus Pharma.	**12,00**	15,00	**15-03-2011**

Société TRB chemedica (TRB)

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1146190	Solution hyaluronate sodium 0,18%, TRB, HYLOVIS, boîte de 20 unidoses 0,3 ml. Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18 %, HYLOVIS en boîte de 20 unidoses de 0,3 ml de la société TRB CHEMEDICA.	**3,25**		**15-03-2011**
1119750	Solution hyaluronate sodium 0,18%, TRB, HYLOVIS, flacon 10 ml, B/1. Solution stérile de hyaluronate de sodium à 0,18%, HYLOVIS, boîte d'un flacon multidoses	**12,00**	15,00	**15-03-2011**

	sans conservateur de 10 ml de la société TRB CHEMEDICA.			

Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire

Société Collin

La prise en charge du dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire THERABITE est assurée en cas de trismus d'origine musculaire, consécutif uniquement à une irradiation de la sphère orofaciale.
THERABITE est un système portable de réhabilitation des mouvements de la mandibule présenté sous forme de kit et composé des éléments suivants :
- mobilisateur mandibulaire dont le degré d'ouverture peut être réglé (entre 25 et 44 mm) ainsi que la vitesse d'ouverture ;
- quatre tampons occlusaux auto-adhésifs visant à répartir la force de pression à toutes les dents : 3 variantes (adulte, enfant, sujet édenté) ;
- support manuel destiné à assister le patient pour maintenir constante l'ouverture buccale ;
- un mesureur de champ de mouvement (30 pièces) ;
- un sac de rangement ;
- un manuel d'utilisation ;
- un journal de progrès du patient.

La longévité d'une paire de tampons occlusaux est de 2 mois. Celle des écarteurs maxillaires est de 24 mois en moyenne.

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1141056	Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire, COLLIN, THERABITE Kit. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TH001, TH002.	**358,80**		**01-10-2011**
1168500	Dispositif de réhabilitation de la mobilité mandibulaire, COLLIN, THERABITE Tampons. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PA001, PA002, PA003.	**11,96**		**01-10-2011**

Location et maintenance du dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) Heartmate II

CODE	NOMENCLATURE	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)	Date de fin de prise en charge
1108202	Dispositif assistance circulat, loc maintenance, mensuel, THORATEC, HEARTMATE II. Forfait mensuel de location et maintenance du dispositif HEARTMATE II au-delà des deux premières années après l'implantation. Ce forfait comprend : toute la maintenance, la réparation, la fourniture du petit matériel et le remplacement de tous les éléments y compris des batteries.	**598,00**	598,00	**01-02-2012**